FACULTE DE MEDECINE DE DIJON

Année 1978 N° 94

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PSYCHOSES EN MILIEU CARCERAL

THESE

présentée
à la Faculté de Médecine de DIJON
et soutenue publiquement le 4 juillet 1978
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

BIJEON GEORGES
né le 15 mai 1948
à Montceau les Mines (Saône et Loire)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546814_0007

FACULTE DE MEDECINE DE DIJON

Année 1978 N°

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PSYCHOSES EN MILIEU CARCERAL

THESE

présentée
à la Faculté de Médecine de DIJON
et soutenue publiquement le 4 juillet 1978
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

BIJEON GEORGES
né le 15 mai 1948
à Montceau les Mines (Saône et Loire)

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

PERSONNEL DE LA FACULTE

M. J.B. BOUHEY : Doyen
M. A. MARIN : Assesseur
M. R. PUTELAT : Assesseur
M. J.P. DIDIER : Assesseur
M. J. GUERRIN : Assesseur

M. J. GUYOT : Professeur Honoraire
M. F. BARON : Professeur Honoraire
Mlle G. PALLOT : Professeur Honoraire

Professeurs titulaires

Anatomie et organogénèse : P. BARRY
Anatomie pathologique : R. MICHIELS
Biochimie : P. PADIEU
Biophysique : P. GAILLIARD
Carcinologie : F. CABANNE, Doyen Honoraire
Clinique Chirurgicale : H. VIARD
Clinique Médicale : P. CORTET
Clinique gynécologique et obstétricale : J. JAHIER
Clinique Médicale infantile : M. ALISON
Clinique neuropsychiatrique : J. BALLIVET
Hépatologie - gastro entérologie : Cl. KLEPPING
Histologie : G. RUCART
Maladies infectieuses : F. DESTAING
Médecine légale et toxicologie : A. MARIN
Pathologie chirurgicale : C. FERRY
Pathologie médicale : R. PUTELAT
Physiologie : J. KLEPPING
Sémiologie médicale : J.B. BOUHEY

Professeurs sans chaires

Biochimie : J. DEDREUX
Carcinologie : J. GUERRIN
Hématologie et Maladies du sang : A. DUZER
Médecine préventive et Santé publique, Hygiène : M. CARON
Parasitologie : Mme Y. ROUGET
Chirurgie générale : P. AUPECLE
Radiologie (diagnostic) : J.P. MABILLE
Histologie : P. ZAHND

Maîtres de Conférences agrégés

Anatomie et Organogénèse : J.M. AUTISSIER
Anesthésiologie : B. CAILLARD
M. WILKENING
Bactériologie, virologie : A. KAZMIERCZAK
Chirurgie générale : S. BRIET
G. PIGANIOL
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire : M. DAVID
Gynécologie et obstétrique : J.P. FELDMAN
Hématologie et Maladies du sang : J. BONHOMME
Mathématiques, statistiques informatique médicale : Mme L DUSSERRE
Médecine expérimentale, Immunologie : F. MARTIN
Médecine interne : M. GAUDET
P. LOUIS
Néphrologie : G. RIFLE
Neurochirurgie : A. THIERRY
Neurologie : R. DUMAS
Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie plastique et reconstructive :
P. GRAMMONT
Parasitologie : P. CAMERLYNCK
Pédiatrie et Génétique Médicale : J.L. NIVELON
Pharmacologie : A. ESCOUSSE
Physiologie : J.P. DIDIER
Pneumologie, Phtisiologie : L. JEANNIN
Psychiatrie : P. TRAPET

Radiologie, radiodiagnostic : M. WEILLER
D. BINNERT
Radiologie, radiothérapie : J.C. HORIOT
Rhumatologie : J. STRAUSS

Agrégés libres

Dermatologie, Vénéréologie : J.L. CHAPUIS
Ophtalmologie : P.G. MOREAU

La Faculté de Médecine de Dijon déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

- JURY DE LA THESE -

Président : Monsieur le Professeur A. MARIN

Membres : Monsieur le Professeur M. CARON
Monsieur le Professeur Agrégé D. BINNERT
Monsieur le Professeur Agrégé P. TRAPET

A MARIE-CLAUDE

A STEPHANE

A DOMINIQUE

A MA MERE ET MON BEAU-PERE

A MA BELLE-MERE

A MES AMIS, ANNIE ET PATRICK GUEUGNON, qui ont contribué à la réalisation technique de ce travail.

Nous les remercions pour leur dévouement.

A MONSIEUR MARTIN,

CHEF DE LA MAISON D'ARRET DE CHALON-SUR-SAONE.

A L'ENSEMBLE DU PERSONNEL SURVEILLANT,

Nous les remercions vivement d'avoir participé à notre étude.

Qu'ils veuillent bien trouver ici, le témoignage de notre reconnaissance pour l'accueil sympathique dont ils ont toujours fait preuve à notre égard, de leur esprit ouvert à une meilleure connaissance des hommes, des détenus et des malades.

A MONSIEUR AUBELLE,

AGENT DE PROBATION

Nous le remercions particulièrement pour l'aide précieuse qu'il a apportée dans nos recherches et nos études des dossiers pénaux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. MARIN

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous le remercions vivement pour les conseils précieux qu'il nous a donnés.

Sa bienveillance et sa compréhension ont particulèrement favorisé la réalisation de ce travail.

Nous le prions de croire en notre gratitude et notre profond respect.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. CARON

Il nous a fait l'honneur de juger ce travail.

Qu'il soit assuré de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE D. BINNERT

Il nous a fait l'honneur de juger ce travail. Nous l'en remercions et lui témoignons notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE P. TRAPET

Il nous a fait l'honneur de juger cette thèse.

Qu'il soit assuré de notre reconnaissance.

INTRODUCTION

1 - RAPPEL HISTORIQUE

L'histoire de la folie accompagne celle de la criminalité et de la délinquance. Les lieux dits d'enfermement, l'asile et la prison, ont aussi des fonctions, des voies, des traitements, et des redressements que nous étudions dans la singularité de leur rapport à l'homme asocial, marginal, fou, criminel. Y a-t-il parallélisme des institutions, de leur rôle, des individus qu'elles contiennent, ou bien complémentarité voire identité structurelle ?

Que devient alors le psychotique en milieu carcéral après avoir commis un acte délictueux ? Que se passe-t-il dans la trajectoire existentielle d'un malade mental lorsqu'il est condamné à l'emprisonnement ? Comment l'y a-t-on perçu ? Comment y a-t-il vécu ? Qu'est-il devenu à sa sortie ?

1°) Moyen Age et Renaissance

Au cours des derniers siècles, les psychotiques ont été l'objet d'attentions très diverses et très spécifiques. Parfois, les fous ont leurs couchettes aménagées en dortoirs comme c'est le cas au Moyen Age, à l'Hôtel Dieu de Paris. Avaient acquis une certaine renommée, également, le Chatelet de Melun et la Tour aux fous de Caen. Ailleurs, comme à Nuremberg, au XIVe siècle, un budget est prévu par la ville pour héberger les malades mentaux. Ils sont soignés à la mode de l'époque, c'est à dire fouettés et jetés en prison ou bien chassés s'ils n'habitent pas la ville.

La Renaissance voit apparaître les fameuses Nefs des Fous qui voguent sur les canaux de Rhénanie. Les villes ne sont pas très hospitalières pour leurs occupants, bien que certaines portent la qualité de " lieu de pélerinage " comme Besançon, en France.

Un siècle environ après les Nefs, " l'internement fait suite à l'embarquement " M. Foucault (6). Le 27 avril 1656

est une date importante : décret de fondation à Paris de l'Hopital Général par Louis XIV. Le XVIIe siècle créera de vastes maisons d'internement. Plus d'un habitant sur cent, de Paris, s'y est trouvé, à cette époque. En Angleterre apparaissent les Workhouses, en Allemagne, les Zuchtaüsern.

Les pauvres, les chômeurs, les insensés et les correctionnaires s'entasseront dans les salles de l'Hopital Général et les cachots des maisons de force. Esquirol écrira, en 1818, " Je les ai vu nus, couverts de haillons, n'ayant que la paille pour se garantir de la froide humidité du pavé sur lequel ils sont étendus. Je les ai vu grossièrement nourris, privés d'air pour respirer, d'eau pour étancher leur soif, et des choses les plus nécessaires à la vie. Je les ai vu livrés à de véritables geôliers, abandonnés à leur brutale surveillance. Je les ai vu dans des réduits étroits, sales, infects, sans air, sans lumière, enfermés dans des antres où l'on craindrait de renfermer des bêtes féroces, que le luxe des gouvernements entretient à grands frais dans les capitales " (Des Etablissements consacrés aux aliénés en France. Esquirol).

2°) Préparation du code pénal. Elaboration de la loi de 1838.

L'esprit de l'époque est bien singulier. A la Salpêtrière ou à Bicêtre, on met les fous soit parmi les " bons pauvres " (à la salpêtrière, c'est le quartier de la Madeleine); soit parmi les " mauvais pauvres " (section de la Correction ou des Rachats). " L'internement est deux fois justifié dans une indissociable équivoque, à titre de bienfait et de châtiment ". M. Foucault (6).

En 1810, est élaboré le Code Pénal français qui, par son article 64, retire au malade sa responsabilité pénale. En fait, il n'échappe pas aux contraventions mais aux tribunaux. Il ne lui sera pas infligé de peines afflictives ou infamantes.

La loi sur les aliénés du 30 juin 1838, d'ailleurs modifiée en 1937, reste fidèle à l'article 64 en permettant l'internement sans interdiction. " Après un non-lieu judiciaire, c'est le préfet qui procède à l'internement d'office du malade mental délinquant ou criminel par arrêté préfectoral. Cet internement d'ailleurs ne suit pas obligatoirement le non-lieu et n'est réalisé généralement que s'il est conseillé par l'expert psychiatre " Ph. Rappard (11). Les interférences entre le monde de la justice et celui de l'aliénation mentale sont créées de jure par la loi.

3°) De 1838 à aujourd'hui.

De la complexité des liens établis sont nées de multiples controverses, critiques, prises de position. Déjà, en 1907, Gilbert Ballet, au Congrès de Genève, demande aux médecins de refuser de se prononcer sur la responsabilité ou l'irresponsabilité du criminel, ce qui est affaire de magistrat. Quant aux malades, beaucoup d'avis convergent vers la nécessité de leur réserver des établissements spéciaux, même s'il n'y a pas uniformité d'opinion sur les individus qu'on y enferme. Par exemple, Legrand du Saulle, Blanche ou Bourneville ne voient pas d'inconvénients à ce que malades mentaux criminels et malades mentaux ordinaires soient mêlés dans les mêmes établissements.

En 1905, Garnier demande l'élaboration d'asiles-prisons pour " anormaux dangereux, psychopathes vicieux et débiles difficiles ". Au Congrès de Tunis, en 1912, Dupré préconise la création d'établissements spéciaux pour les déséquilibrés anti-sociaux, dans son rapport sur les perversions instinctives. A la même époque, on crée des sections de sûreté dans les asiles d'aliénés de Villejuif et de Hoerdt.

Enfin, plus proches de nous, les Dr. Daumezon, Ey, Fouquet, Hamon et Lauzier écrivent " Du point de vue climat, l'hopital psychiatrique doit être conçu comme un instrument psychothérapique, il y aura donc nécessité de traiter dans des

établissements spéciaux les anti-sociaux ".

A la suite de ce bref historique, deux questions se posent alors. Ou donc traiter ou ne pas traiter celui qui contrevient deux fois au bon ordre de la société ; par la déraison et par la criminalité ? Que réalise-t-on, à présent, dans la pratique quotidienne, au moyen de deux sciences humaines, la psychiatrie et le droit, pour ou contre cet homme singulier qui est l'objet de notre propos ?

2 - METHODOLOGIE

1°) L'institution carcérale.

Le cadre dans lequel se situe notre travail est une maison d'arrêt, c'est à dire un lieu où les durées d'emprisonnement n'excèdent pas, en règle, une année.

Nous nous proposons tout d'abord de définir cette structure carcérale à travers les locaux, son personnel, ses fonctions théoriques et pratiques. La parole est donnée au personnel surveillant qui peut s'exprimer au moyen d'un questionnaire préparé avec le maximum de simplicité, en tout cas avec le moins d'ambiguïté possible. Cette démarche est à notre connaissance la première du genre puisqu'habituellement on écrit "sur" la prison et ses gardiens, et non "avec" eux.

Ce milieu particulier contient des détenus mais aussi des hommes et des hommes malades. Trois années de relations se sont établies par l'intermédiaire de ce qu'il est convenu d'appeler le dispensaire d'hygiène mentale. Nous effectuons des consultations une à deux fois par semaine, nous prescrivons des chimiothérapies.

2°) La population pénale.

Les différents types de personnalité que nous rencontrons se composent de : psychopathes, toxicomanes, pervers, quelques névroses, psychotiques. Nous retenons ici 6 cas de

malades psychotiques dont l'affection mentale est antérieure, contemporaine, voire favorisée par la détention.

L'abord des malades en milieu carcéral se caractérise toujours par des réticences :

- a) les réticences du personnel :

Il faut connaître le psychiatre avant de lui confier un détenu pour une communication priviligiée, dans un lieu clos où la surveillance ne peut plus s'exercer directement.

Mais, très vite, en tout cas pour notre part, il y aura acceptation du principe des consultations d'hygiène mentale et de celui qui en a la charge.

Les malades sont vus à la demande du Surveillant-Chef ou de son suppléant, de l'Assistante Sociale, parfois du Juge d'Application des Peines. En général, cette demande fait suite à l'observation de troubles du comportement chez un détenu, ou bien à la connaissance qu'on a de ses antécédents psychiatriques.

- b) les réticences du malade :

C'est un paradoxe souvent insurmontable pour lui d'être à la fois détenu et malade. Comment être puni et soigné dans un même temps ? Même le psychotique effectue un choix, au moins verbal : il préfère souvent être considéré prisonnier plutôt que fou. Dans la réalité, il y a cependant la souffrance et c'est elle qui finit par le conduire à la consultation du médecin.

3°) L'élaboration du dialogue et ses conséquences.

Un dialogue naît alors, une relation s'établit où entrent en jeu plusieurs facteurs :

- a) le monde de la détention :

L'autre prisonnier, le surveillant, les limites physiques, géographiques de la cellule, des grilles, des murs, de la cour, etc...

- b) le monde du psychotique :

Son délire illimité confronté à la réalité contraignante, répressive, voire régressive du milieu carcéral.

- c) le psychiatre :

Il est là pour entendre, comprendre, être pris à parti quelquefois, enfin, pour jouer le rôle de trait d'union entre la folie et la réalité pénitentiaire.

Lorsque chacun aura exprimé son vécu d'une telle situation, une synthèse sera réalisée des remarques, mais aussi des critiques, des questions ou des solutions qui s'imposent.

3 - PLAN

Dans notre introduction, nous rappelons l'évolution historique du personnage fou et, ou délinquant, voire criminel : comment le considère le reste de l'humanité, les lieux de traitement qu'elle lui assigne, la notion de liberté, de responsabilité, d'existence qu'elle lui fixe. La méthodologie de notre étude présente notre cheminement dans l'institution carcérale, de l'entrée dans les murs de la prison au contact avec le détenu, en passant par le surveillant qui ouvre et ferme les portes, du geste routinier à la valeur symbolique du dialogue.

Le premier chapitre décrit le milieu carcéral proprement dit : son ossature (les locaux), son personnel, son règlement intérieur, ses unités particulières de soins.

Les observations (chapitre II) retracent brièvement les faits qui nous ont paru essentiels dans l'étude des malades psychotiques rencontrés en prison.

Nous essayons plus loin de donner les différents éclairages sur le contenu de la vie de ce malade à la maison d'arrêt (chapitre III) : son vécu tel qu'il le raconte ou l'agit, la façon dont le perçoit l'entourage (personnel

surveillant), le psychiatre.

Dans une synthèse (chapitre IV), nous dégageons l'enseignement tiré de notre expérience : une relation originale qui enrichira notre connaissance, un constat d'échec pour une prise en charge efficace, quelques espoirs fondés sur l'ouverture à la communication et au dialogue.

Enfin, nous concluons et nous donnons la bibliographie sommaire d'un sujet pour lequel nous souhaitons voir se développer un plus grand intérêt.

CHAPITRE I

LE MILIEU CARCERAL

-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.

1 - LES LOCAUX

La maison d'arrêt où nous travaillons a été ouverte en 1839. Elle comprenait à l'époque 120 cellules qui ont été réduites au nombre de 98, afin de permettre certains aménagements sanitaires notamment.

1°) La cellule est composée de :

- deux lits aux rez-de-chaussée et premier étage, un lit au second étage. Cela permet, en moyenne, de recevoir environ 130 détenus de sexe masculin, 4 de sexe féminin, et 8 à 10 mineurs de sexe masculin, les fills y entrant de façon exceptionnelle.
- un lavabo avec robinet d'eau froide. L'eau chaude est refusée pour des raisons économiques.
- un siège WC avec chasse d'eau.
- une armoire personnelle avec penderie.
- une table et une chaise par occupant.
- un panneau pour agrapher des photographies, par exemple.
- une poubelle.

2°) Les lieux administratifs et ""fonctionnels"":

- deux bureaux exigus, l'un pour le surveillant chef, l'autre pour le greffe judiciaire et l'économat.
- quatre salles de parloir.
- un local pour le parloir rapproché.
- les bureaux pour les avocats et les visiteurs de prison.
- un local pour le service anthropométrique.
- une buanderie.

- une grande salle pouvant contenir quatre ateliers. Ceux-ci ont été désaffectés pour des raisons de sécurité (risque d'incendie) et n'ont jamais été réaménagés en conséquence, d'où leur abandon. Un seul travail est possible, en cellule, de façon sporadique et mal rémunéré, un travail fastidieux provenant d'une entreprise de la ville (pliage de pochettes destinées à contenir des films. Rémunération au carton contenant lui-même des milliers de pochettes).

- une chaufferie.

- deux cours utilisées pour la promenade.

3°) Les lieux sanitaires, sociaux et culturels :

- douches avec eau chaude.

- un local réservé aux soins dentaires.

- un salon de coiffure.

- une salle de visite qui n'est pas une véritable infirmerie. S'y trouvent l'infirmière, le médecin généraliste, le spécialiste ou l'expert à tour de rôle.

- un bureau pour l'assistante sociale.

- une chapelle.

- une bibliothèque.

- un local pour l'école des jeunes.

2 - LE PERSONNEL DE LA MAISON D'ARRET

1°) Le personnel surveillant comprend, par ordre hiérarchique :

- un chef d'établissement ou chef de maison d'arrêt.

- un surveillant chef qui fait aussi fonction de chef de détention.

- trois premiers surveillants.

- huit surveillants principaux.

- neuf surveillants ordinaires.

- trois surveillants stagiaires.

- deux surveillants intérimaires.

2°) Le personnel éducatif est composé :

- d'un délégué contractuel, agent de probation.

- de deux délégués vacataires.

3°) Les personnels spéciaux prévus sont :

- le médecin généraliste chargé d'examiner tous les détenus entrant en maison d'arrêt.

- une infirmière diplomée d'état, de la Croix Rouge.

- une assistante sociale contractuelle dépendant du Premier Président de la Cour d'Appel.

- un aumônier.

4°) Nous ajouterons encore :

- les consultations du dermatologue-vénérologue.

- les consultations du psychiatre vacataire dont le statut est mal défini, mais qui obéit à l'autorité de tutelle de la D.D.A.S.S.

- les consultations de médecine du travail, tous les trois mois.

- un poste vacant de commis aux écritures pour ce qui concerne le personnel administratif.

- les visiteurs de prison, au nombre de dix, composés d'hommes et de femmes bénévoles, agréés par le Ministère de la Justice.

3 - LE REGLEMENT INTERIEUR DE LA MAISON D'ARRET

L'organisation et le fonctionnement de l'administration pénitentiaire s'exercent à travers les lieux de détention, mais aussi à travers le type de régime carcéral, la vie du détenu en ce milieu et l'exécution des peines.

Une diversification et une orientation particulière existent actuellement au niveau des établissements. Ils se divisent en :

- a) Maisons d'Arrêt.

- b) Établissements pour Peines, qui sont composés à leur tour :

- du Centre National d'Orientation (C.N.O.) à Fresnes, lieu d'affectation dans ces établissements.
- des Centres de Détention (Art. D 70 - 2 du C.P.P.).
- des Maisons Centrales (Art. D 70 - 1, 1er alinéa du C.P.P.).
- des Quartiers de Sécurité Renforcé (Q.S.R.) - (Art. D 70 - 1, alinéa 2, du C.P.P.).
- des Centres de Semi-liberté.
- des Etablissements réservés aux condamnés à la Tutelle Pénale (T.P.).
- des Etablissements Sanitaires ou Quartiers d'Etablissements Sanitaires.

1°) Rôle, à proprement parler, de la Maison d'Arrêt.

Ce rôle est double :

- a) recevoir et détenir les prévenus (Art. D 50, al 3 du C.P.P.)
- b) recevoir et détenir les condamnés dont la peine restant à subir, est inférieure à un an (Art. D 71 du C.P.P.)

Cependant, par insuffisance d'équipement, certaines maisons d'arrêt reçoivent ou conservent des condamnés à de longues peines. D'autre part, seules les maisons d'arrêt reçoivent des individus venant de l'état de liberté. Enfin, sur un plan général, le régime est cellulaire (bien qu'il existe encore des établissements avec régime en commun) et ordonne la séparation des hommes et des femmes, des mineurs et des majeurs. Dans la mesure du possible, le cloisonnement va encore plus loin entre primaires et récidivistes, prévenus et condamnés.

2°) Le régime carcéral.

Il se définit comme l'ensemble des mesures prises à l'égard du détenu pendant son incarcération, ces mesures variant en fonction de la catégorie à laquelle appartient celui-ci.

Nous donnerons là un aperçu laconique du sujet qui sera repris dans les observations particulières auxquelles nous avons consacré notre travail.

- a) le prévenu est le terme général pour désigner l'individu dont l'affaire n'a pas été jugée ou pour lequel une voie de recours est encore possible. Tous les prévenus ne sont pas incarcérés et il existe différents prévenus au sens judiciaire du terme : les inculpés, les prévenus proprement dits, les accusés, les appelants, les prévenus en pourvoi, les individus ayant fait opposition à un jugement.

- b) le condamné est tout individu qui a fait l'objet d'une sanction pénale et qui ne dispose plus de voies de recours contre cette sanction. Les condamnés se divisent en deux catégories :

  - ceux qui subissent une peine d'emprisonnement.
  - ceux qui subissent une peine criminelle ; ils deviennent alors interdits légaux, c'est à dire qu'ils ne peuvent seul gérer ou administrer leurs biens et qu'un tuteur doit leur être nommé.

- c) les condamnés - prévenus, catégorie mixte, où les individus sont condamnés pour une affaire et sont prévenus pour une autre.

- d) les régimes particuliers s'appliquent :

** en fonction de la situation pénale :

- détenus bénéficiant d'un régime spécial (Art. D 490 à D 495) : prévenus ou condamnés pour délit de presse ou prévenus ou condamnés par la Cour de Sûreté de l'Etat (Art. D 490)

- condamnés de police (Art. D 488 et D 489)

- contraignables : individus incarcérés par décision de justice à la demande du Trésor Public pour non-règlement de sommes dues à celui-ci. La durée de contrainte est fonction de l'importance des sommes dues ; cette durée est fixée à partir de l'article D 750 du C.P.P.

- condamnés à la tutelle pénale (Art. D 497 à D 498-3)

- condamnés à mort (Art. D 499 à D 504)

** en fonction de la personne :

- les femmes détenues.

- les détenus âgés de moins de 21 ans (Art. D 514 à D 519).

- détenus appartenant aux Forces Armées (Art. D 508 à D 513).

- détenus de nationalité étrangère (Art. D 505 à D 507).

3°) <u>La vie du détenu en milieu carcéral</u>.

Si l'on s'en réfère aux directives et à l'enseignement de l'Ecole Pénitentiaire, deux principes sont retenus :

" La prison, c'est la privation de la liberté, d'où :

- a) le détenu doit être respecté en tant qu'homme.

- b) les conditions de vie du détenu doivent se rapprocher le plus possible des conditions de vie offertes à tous les citoyens (vie matérielle, travail, loisirs, relations avec l'extérieur, etc...) ".

En vertu de ces principes, toute une série de dispositions sera prise pour :

- a) l'organisation de la vie matérielle du détenu :

** la notion d'hébergement intéresse :

- le logement (Art. D 350) : cellule ou dortoir ; en tout cas, local qui obéit aux exigences de l'hygiène, du cubage de l'air, de l'éclairage, du chauffage, de l'aération, et aux besoins d'un aménagement strict dont nous avons déjà parlé.

- l'habillement (Art. D 89, D 61, D 99) qui varie en fonction de la catégorie pénale, de l'hygiène, du travail, de la fortune ou de l'indigence du détenu.

- l'alimentation (Art. D 354) qui doit être variée, satisfaire aux règles diététiques (qualité, quantité), être appropriée à l'âge, l'état de santé, répondre dans la mesure du possible aux idées philosophiques ou religieuses.

** la notion d'hygiène (Art. D 357, D 358, D 359 s'impose à travers une certaine idée de la " propreté personnelle ". Elle concerne la tenue des cheveux, de la barbe (qu'on peut obliger à couper sur prescription médicale), les douches obligatoires à l'entrée et au moins une fois par semaine, les activités physiques (promenade d'une heure tous les jours, à l'air libre) et activités sportives en fonction des équipements.

** la cantine a aussi ses limites. Les sommes nécessaires aux achats sont prélevées sur le compte nominatif du détenu. On ne peut dépasser 500 F pour se procurer des produits alimentaires. Sont soumis au règlement intérieur les achats exceptionnels, les limites du stockage des produits, leur modification ou leur trafic, enfin leur éventuel encombrement dans les cellules.

** les soins sont gratuits (Art. D 380) mais il n'y a pas libre choix du praticien. Le dépistage de la tuberculose et des maladies vénériennes se pratique systématiquement (Art. D 393, D 394). Pendant le temps de la détention, les traitements s'effectuent sur place, prescrits par le médecin généraliste ou après l'avis d'un spécialiste attaché à l'établissement, ou bien lors d'une hospitalisation dans un Centre Spécialisé ou non.
En outre, le médecin généraliste doit fournir une attestation écrite de l'état de santé d'un malade si les autorités administratives ou judiciaires l'exigent.

- b) Le travail du détenu (Art. D 98, D 99, D 101, D 720 1er alinéa).

** le travail manuel se divise en plusieurs catégories :

- l'Etat crée ses propres ateliers et l'on parle de Régie Industrielle (cela représente 2,5 % de la population pénale).
- des entreprises privées peuvent utiliser à l'intérieur des établissements pénitentiaires de la main d'oeuvre locale (cela représente 30 % de la population pénale).
- le Service Général, c'est à dire l'ensemble des travaux effectués à l'intérieur d'un établissement par les détenus pour le bon fonctionnement matériel de celui-ci (cela représente 16 % de la population pénale).

** l'enseignement scolaire et professionnel (Art. D 450 à D 459) résulte d'une volonté de réadapter le détenu sur le plan social. L'enseignement primaire est donc assuré dans tous les établissements, obligatoire même pour les condamnés analphabètes.
L'autorisation des cours, par correspondance dépend du chef d'établissement. D'autre part, les possibilités de préformation et de formation professionnelle pour adultes (F.P.A.) se multiplient actuellement. Enfin, les diplômes délivrés au terme des études ne doivent pas faire apparaître l'état de détention des intéressés.

- c) Les biens du détenu et leur gestion :

** les biens personnels (bijoux et valeurs) sont remis, à l'entrée, au comptable de l'établissement, sauf l'alliance et la montre, à la demande, ou bien restitués en totalité ou en partie à la famille (Art. D 318 et D 336).

** Les autres objets sont retenus au greffe après la fouille, remis au médecin s'il s'agit de médicaments (Art. D 335), ou rendus à l'intéressé (document pour assurer sa défense, photographies de famille, etc...) à moins qu'il ne demande à les laisser en dépôt.

** la gestion des biens, proprement dite, applique les règles d'un compte nominatif que nous ne détaillerons pas.

- d) Les activités de loisir (Art. D 442 à D 449) ont pour ambition de développer la personnalité du détenu, de conserver son équilibre physique et mental.
Sur le plan individuel, on préconisera :

** la lecture grâce à la bibliothèque, l'achat de journaux français et étrangers pourvu qu'ils n'aient pas fait

l'objet d'une saisie dans les trois derniers mois.

** la radio dans les modalités d'achat et d'utilisation fixées par une note de service.

** les jeux individuels pourvu qu'ils ne nuisent pas l'ordre ou à la sécurité.

Sur le plan collectif, on préconisera :

** les activités sportives

** le cinéma, la télévision, le théâtre-conférence, etc...

** les activités éducatives avec animateurs et éducateurs

** les jeux collectifs qui excluent toute idée de gain.

- e) Le statut social du détenu :

Au cours de l'année 1975, trois textes législatifs ont été votés par le Parlement pour améliorer la protection sociale du détenu et de sa famille. La mise en application de ces textes n'a eu lieu qu'en 1977. Il s'agit de :

** la loi du 30-12-75 qui concerne le bénéfice de l'allocation d'aide publique aux travailleurs privés d'emploi pour les détenus libérés demandeurs d'emploi.

** la loi n° 75 - 551 du 2-7-75 qui règle la situation des détenus et de leur famille au regard des assurances maladie et maternité.

** la loi n° 75 - 1350 du 31-12-75 qui fait bénéficier tous les détenus d'une prise en compte de leur période d'activité en vue de l'assurance vieillesse.

4°) <u>L'exécution des peines</u>.

La mise en exécution d'une peine est de la compétence du Ministère Public. Le contrôle de l'exécution de certaines

peines est de la compétence du Juge d'Application des Peines (J.A.P.)

Créé en 1958, il s'agit d'un Magistrat du Siège, nommé dans cette fonction pour 3 ans (renouvelables) par le Président de la République. Le J.A.P. contrôle l'exécution des peines en milieu ouvert où il est président d'un C.P.A.L. (comité postpénal et d'assistance aux libérés), et en milieu fermé, la prison, qui nous intéresse ici. Ce juge travaille conjointement avec une équipe pénitentiaire qui se réunit sous le titre de C.A.P. (Commission d'Application des Peines). Instituée par le décret du 12-9-72, elle se substitue à l'ancienne commission de classement prévue dans les maisons centrales.

La Commission d'Application des Peines :

- a) Composition :
  - Le J.A.P. qui la préside
  - Le Chef d'Etablissement
  - Les membres du Personnel et de la Direction
  - Le Surveillant-Chef
  - Les éducateurs et assistants sociaux
  - Le médecin et le psychiatre
  - Le Procureur de la République ou son Substitut lorsque la commission étudie les libérations conditionnelles
  - Toutes personnes titulaires, contractuelles ou vacataires dont la compétence permettrait une meilleure étude du cas ou du problème envisagé

- b) Rôle :
  - Donner son avis sur toutes les décisions que doit prendre le Juge lorsqu'il modifie la durée de la peine ou qu'il aménage à partir de la prison le

reclassement des intéressés (semi-liberté, placement à l'extérieur, libération conditionnelle, permission de sortir, etc...).

- Donner son avis lors de l'étude par le J.A.P. du dossier des interdits de séjour, des expulsés ou assignés à résidence sur les lieux qui pourraient être interdits ou assignés.

- Examiner les cas individuels qui lui sont soumis, soit par le Chef d'Etablissement, soit par le J.A.P.

- Etre consultée sur le règlement intérieur de l'établissement.

4 - LE CAS PARTICULIER DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES OU QUARTIERS D'ETABLISSEMENTS SANITAIRES.

Nous nous limiterons ici au cadre du sujet, c'est à dire aux Centres qui reçoivent les condamnés malades mentaux. Il en existe actuellement deux en France. Leur dénomination, selon l'administration pénitentiaire est la suivante :

" Centre pour condamnés psychopathes de Chateau-Thierry, qui fonctionne aussi comme centre d'observation spécialisé pour psychopathes ".

" Centre pour condamnés psychopathes d'Haguenau ".

Ces deux établissements reçoivent des condamnés dont l'état mental ne leur permet pas d'être affectés dans un autre établissement.

L'affectation de ces détenus est faite par l'Administration Centrale :

- soit sur les rapports des psychiatres attachés aux établissements

- soit sur les rapports et les observations des

Centres Médico-Psychologiques

- soit après observation dans le cadre du C.N.O.

Il existe en outre des Centres Médico-Psychologiques (C.M.P.) dans de grosses maisons d'arrêt. Ils reçoivent des prévenus et des condamnés en attente d'affectation. C'est le cas à Fleury-Mérogis, Loos, Lyon, les Baumettes à Marseille, La Santé.

Leur but est de détecter, observer et traiter les individus ayant des troubles mentaux dont le maintien en détention est cependant compatible avec leur état de santé.

L'équipe soignante se compose de médecin généralistes et de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers spécialisés, d'ergothérapeutes, d'un personnel de surveillance ayant une formation sanitaire et choisi en fonction de ses aptitudes.

Cette équipe médicale est dans la majorité des cas mise à la disposition de l'Administration Pénitentiaire, bien que dépendant, en fait, de la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS
-.-.-.-.-.-.

1 - LE CAS BERNARD S...

1°) Antécédents personnels :

Bernard naît le 20-7-48 dans une petite ville de la Bresse. Son père, V.R.P. en bonneterie, employé modèle, stable, ne semble pas avoir une personnalité marquante. Par contre, la mère décrite comme une femme indifférente et froide (en tout cas vécue comme telle par Bernard), très préoccupée par la notion de réussite professionnelle, l'argent, la bonne réputation et le bon ordre des choses, montre plus d'affection pour les deux fils cadets : ils ont un emploi bien rémunéré, un foyer, des enfants et des relations sans histoires avec leurs parents.

Les préférences affectives de Bernard vont à sa grand-mère paternelle. Cependant, rien ne manque sur le plan matériel et apparemment, l'enfance et l'adolescence se déroulent sans crises, sans heurts.

Après le C.E.P., Bernard passe un C.A.P. d'employé de bureau qu'il obtient au terme de 3 ans de Cours Privés. Il travaille comme coursier puis à la comptabilité d'une entreprise de matériel sanitaire, effectue son service militaire, reprend son ancienne profession puis quitte l'établissement au bout d'un an " parce que son patron ne tolère pas qu'il fréquente une dactylo ".

En septembre 1970, Bernard se marie et de l'union naît un garçon en mai 1971. Employé comme magasinier, père de famille, rien ne laisse préjuger dans le contexte une entrée dans la schizophrénie en 1974.

Brusquement, surgit une angoisse massive ; le monde devient étrange, des malaises intenses se produisent avec des sensations vertigineuses, des sueurs profuses. A la fin, des voix menacent le malade, d'autres lui dictent ses actes, commentent sa pensée. La lutte épuisante échoue, les idées

ne peuvent plus être maîtrisées (mentisme), un délire flou de type paranoïde avec thèmes persécutoires que le malade ne veut plus raconter dans le détail, achèvent le tableau clinique.

Une première consultation chez un neuro-psychiatre se solde par un E.E.G. normal et un traitement symbolique. Un second praticien conseille l'hospitalisation dans une clinique privée. Le séjour durera un mois au cours duquel le malade aura 15 jours d'électro-narcose, puis la prescription de Melleril (150 mg/j), Majeptil (90 mg/j), Neuleptil 4 % (100 mg/j), Akinéton-Retard (2 cpm/j).

A cette époque, l'ambiance du milieu familial commence à se dégrader. Bernard parle de sa femme avec les mêmes termes dont il qualifiait sa mère " elle est froide, indifférente, egoïste comme toutes les filles uniques qui sont gâtées. Elle ne m'aimait pas ; elle était rigide, exigeante. Je suis un faible ; je lui ai toujours tout cédé. Ses parents avec leur mentalité de parvenus la soutenaient : je ne représentais rien, ils ont donc tout fait pour nous séparer ".

Une rechute se produit au printemps 1975. Bernard retourne un mois dans la même clinique avec le même traitement, puis une seconde fois en juillet 1975 ; de cette période date la séparation définitive avec son épouse et son enfant. Le divorce est prononcé en octobre, à ses torts, puisqu'il l'aurait frappée, et il doit payer une pension alimentaire mensuelle de 100 F pour son fils.

La situation s'aggrave encore. Il faut se soigner, payer les consultations et les médicaments, trouver un appartement, subvenir seul à ses besoins quotidiens. Bernard change fréquemment d'employeurs, travaille ensuite pour une agence intérimaire et devient chômeur. L'adaptation à toutes ces variations des conditions d'existence lui est impossible : il invoque un ralentissement, un handicap tant sur le plan

physique que mental, dûs aux traitements " On exige trop de moi ; de toute façon les circonstances économiques ne m'aident pas. On ne s'embarrasse pas de gens non rentables comme moi ".

2°) Période avant l'incarcération :

Avant de commettre des vols, " pour survivre " dira-t-il plus tard, Bernard se retrouve dans une position extrêmement inconfortable : ses parents ne veulent pas l'aider matériellement, sa femme l'abandonne (il considèrera même qu'elle l'a trahi puisque la séparation de fait s'est produite durant une hospitalisation), son fils lui manque (du moins au début) sur le plan affectif ; il a des dettes (loyers en retard, pension alimentaire non payée) ; il est au chômage, il doit se soigner, surmonter dans l'isolement une maladie qui par elle-même le coupe du monde. Le traitement neuroleptique que nous avons cité plus haut sera pris régulièrement jusqu'en juillet 1976.

Et Pourtant, les difficultés financières, la précarité d'un état qui a priori condamneraient à un retrait "obligatoire" d'une réalité aussi pénible, entraineront, paradoxalement, une amélioration au niveau de la psychose. Faut-il parler de défenses ? D'autres voies d'emprunt de l'affection considérée lorsque, parallèlement se développeront les moyens de survie par la délinquance ?

Bernard commence à fréquenter les débits de boisson et se trouve mêlé à des bagarres. Il sera condamné une première fois à 400 F d'amende pour blessures involontaires, une seconde fois à 150 F pour coups et blessures volontaires.

En mai 1976, il vole une sacoche contenant 150 F, en août une autre sacoche contenant 600 F, en septembre, une troisième sacoche avec un chéquier. Il contrefait 3 chèques d'un montant total de 3 000 F environ. L'incarcération à lieu en septembre 1976.

3°) Période de l'incarcération :

L'enquête de police révèle que Bernard " est médiocrement noté " en raison de son intempérance connue, ses bagarres, son instabilité, mais sa responsabilité se trouve atténuée du fait des antécédents psychiatriques.

Une expertise est demandée par le Juge d'Instruction, et réalisée par deux spécialistes des affections mentales. La conclusion de leur étude dit en substance :

- état stabilisé. Pas d'anomalies psychiques actuellement.
- les infractions ne sont pas en relation avec de telles anomalies.
- le sujet ne présente pas un état dangereux.
- il est accessible à une sanction pénale avec une responsabilité atténuée compte tenu de la personnalité fragile sur le plan mental.
- curable et réadaptable avec mesure de surveillance sanitaire (ex : dispensaire d'hygiène mentale).
- n'était pas en état de démence au moment des actes, aux termes de l'article 64 du C.P.

Un mois après l'entrée en prison, Bernard se présente à notre consultation, informé de l'existence d'un psychiatre vacataire.

Déjà vu par le médecin généraliste qui avait prescrit Valium et Binoctal en raison d'une anxiété latente et d'une insomnie, le malade venait réclamer quelque chose en plus. Il raconte une fois encore sa biographie et évoque ses tourments actuels : les vertiges et les sueurs qui reprennent, la peur qui l'empêche de dormir et de manger, les voix qui l'accusent des méfaits commis, un sentiment de culpabilité intense, et puis

l'angoisse devant les murs qui oscillent, se confondent et basculent.

Bernard parait plus jeune que son âge, le visage imberbe animé de tics incessants, de grimaces. La parole est saccadée, l'exposé des faits assez pauvre et qui, à la limite, rendrait incrédule si on ne ressentait l'extrême souffrance, le besoin avide de sécurisation. La demande se situe au niveau du médicament d'abord. Il veut le même traitement qu'à la clinique pour " dormir, oublier, effacer le cauchemar ".

L'ironie du sort fait aussi que ses persécuteurs dont il affirme ne pas reconnaitre les voix, et pour cause, le vilipendent pour les actes délictueux qu'il a commis dans la réalité. Bernard verbalise enfin sa peur du jugement, du Tribunal. La condamnation est inévitable mais quelle justice s'exercera : celle qui pèse la folie et le comportement raisonnable (avec des " lois brisées " pour lui, psychotique) ou celle qui pèse la conduite exemplaire et la conduite asociale ? Car, en effet, tout se confond maintenant dans la " néo-réalité " de son délire.

Nous reprendrons le traitement neuroleptique " qui l'avait bien soigné autrefois " avec quelques modifications : Majeptil (30 mg/j), Melleril (150 mg/j), Artane 5 mg (3 cpm/j), Seresta 50 mg (1 cpm au coucher).

Le jugement a enfin lieu au début de novembre 1976. Accusé de vol à la roulotte et d'escroquerie, on condamne Bernard à 9 mois de prison, dont 6 avec sursis, une obligation de soins et 3 ans de mise à l'épreuve. Il se refuse à tout commentaire sur le jugement qu'il accepte, apparemment, avec la même passivité que son existence en milieu carcéral.

On a bien l'impression que " le problème se situe ailleurs ", que l'adaptation superficielle est possible à toute circonstance. Il n'exprime aucun conflit avec son entou-

rage (détenus, surveillants, etc...), aucune plainte sur sa condition, aucune revendication dans le but d'améliorer son confort personnel (hébergement, vestimentation, nourriture, etc...).

Il faut attendre deux à trois semaines après le jugement pour observer une réelle amélioration de l'état psychique. Nous ajouterons 4 cpm de Temesta 2,5 mg/J au traitement précédent.

Progressivement, le sommeil réapparait (9 à 10 h/nuit), l'appétit revient (prise de 7 Kg en un mois), l'automatisme mental, les hallucinations acoustico-verbales et visuelles s'estompent. Persiste une anxiété latente jusqu'à la fin du séjour, en rapport précisément avec la sortie : il ne reste à Bernard que sa propre personne et ses dettes.

4°) Après l'incarcération :

De retour à la liberté, on lui offre de se rendre dans un foyer qui héberge d'anciens détenus afin de leur permettre une réinsertion socio-professionnelle. Bernard trouve sur place une petite occupation et ses recherches d'emploi se soldent par un échec.

Suivi en dispensaire d'hygiène mentale, il vient annoncer après quelques mois son expulsion du foyer. Il aurait donné ou vendu ses comprimés d'Artane à deux camarades : on en hospitalise un dans le coma. A la suite de cet épisode, Bernard se fait admettre à l'hopital psychiatrique où il séjourne quelques semaines avec le traitement neuroleptique inchangé qu'il continue.

Puis, logé dans un foyer de travailleurs, il repart à la recherche d'un emploi qu'il ne trouvera jamais. Il mendie des bons d'alimentation à toutes les portes mais ne mange pas très souvent. Ses vêtements deviennent de plus en plus misérables, son état général se dégrade, il maigrit.

Il se présente une dernière fois au dispensaire en octobre 1977 avec l'aspect d'un clochard, quelques hardes et biens rassemblés dans un sac déchiré. Il ne prend plus de traitement depuis plusieurs mois. Tout irait bien sur le plan psychiatrique si les conduites d'échec répétées, un désinvestissement global progressif, le manque de désir autre que celui de combler le vide du présent ne l'exposaient aux classiques notions d'évolution déficitaire des schizophrénies.

La prise en charge s'arrête là : l'agent de probation a paré à tous les besoins immédiats, les assistantes sociales ont épuisé toutes leurs possibilités. Mécontent, Bernard part en claquant la porte du dispensaire et n'attendra pas son tour pour passer à la consultation.

Nous apprendrons plus tard par l'un de ses anciens camarades de foyer qu'il ira vendanger en Côte D'Or. Nous perdons toute trace de lui à partir de novembre 1977.

2 - LE CAS JEAN R...

1°) Pourquoi une consultation ?

Jean né le 28-2-45, multirécidiviste, incarcéré pour la seconde fois dans notre région, est présenté à la demande du directeur de l'établissement. La grève de la faim, le comportement bizarre, les hurlements et le vacarme nocturnes constituent les motifs de la demande d'entretien avec le psychiatre.

Et pourtant, a priori, Jean nous est présenté comme un " manouche " et donc comme un " simulateur " qualité qui serait inhérente au groupe social qu'il représente. Là où le bon sens s'imposera sera de dire " qu'il en fait trop, et que cela dérange tout le monde, surtout la nuit ".

2°) Absence de passé autre que le casier judiciaire.

A dessein nous notons ici la pauvreté des renseignements obtenus du malade sur ses antécédents et la consultation

du casier judiciaire que nous avons effectuée, a postériori, pour les besoins de l'observation.

Alléguant des troubles de la mémoire, Jean ne cite que l'existence d'un frère et d'un oncle habitant à Lyon. D'autre part, il aurait été hospitalisé dans un centre psychothérapique de l'Ain à plusieurs reprises et nomme quelques médicaments prescrits alors : Equanil, Théralène, Nozinan...

Aucune évocation du passé pénal qui ne manque pourtant pas"d'épaisseur" : entre le 4 mars 1964 et le 11 Mai 1976, on relève 17 condamnations dans 7 villes différentes. Jean totalisera 8 ans, 4 mois, 15 jours de prison ferme et 8 400 F d'amende. Les motifs d'inculpation se composent de :

- vols et tentatives de vol, recels de vols, grivèlerie
- port d'armes prohibées de la catégorie n° 6
- cinq infractions à arrêté de suspension de permis de conduire, défaut de permis, d'assurance, fausses plaques d'immatriculation, omission volontaire de s'arrêter
- coups et blessures volontaires
- abus de confiance

3°) Présentation du malade et de son délire.

Le contact s'établira très difficilement avec ce personnage monolithique au visage figé, froid dont le regard ne rencontre jamais celui de l'interlocuteur. Les mains seules paraissent animées par une activité : elles rallument inlassablement le mégot qui s'éteint et finalement l'écrasent par l'extrémité incandescente sans la moindre manifestation de douleur. Bref, on a l'impression d'être en face " un vieux malade " des hopitaux psychiatriques...

Après le préambule, Jean nous montre une cicatrice de dix centimètres au niveau du cuir chevelu, séquelle d'un traumatisme crânien dont il ne se souvient ni la date ni les circonstances. " Je ne me rappelle plus à cause de ce trou dans la tête ". En fait, le silence répondra aux questions, le plus souvent, ou bien, ce sera " le trou dans la tête " qui permettra de les éluder.

Avec beaucoup de méfiance, de détours et de réticences, il aborde enfin ses préoccupations actuelles : " La grève de la faim, c'est pour prouver qu'un homme peut vivre sans manger. Je veux souffrir pour racheter l'humanité de ses péchés. Un jour, un songe m'a éclairé l'intérieur de la tête ". Convaincu de sa mission rédemptrice, Jean fait la promesse de la réaliser à un personnage qu'il se refuse de nommer : " C'est un secret ! " Puis il ajoute : " Je supporte de moins en moins les autres ; je sens en moi que ma présence les fait souffrir. Je suis heureux d'être au mitard ".

En réalité, c'est une tentative de fuite qui l'a conduit en cellule d'isolement et nous remarquons la superposition de deux ordres de faits :

- l'action punitive qui sépare le détenu des autres à cause de la tentative de fuite et le maintien de cette mesure à cause de la grève de la faim.

- l'interprétation des évènements réels qui se dissolvent et se réorganisent sur un mode délirant mystique et purificatoire (séparation du bien et du mal, mortification, rachat).

En somme par la raison de la Loi (règlement intérieur de la maison d'arrêt) et par l'organisation propre du délire, l'exclusion du monde sera renforcée, interrompant toute communication. " Vous ne pouvez pas me comprendre ni partager mes idées. Je rachète le mal. Tout le monde est mauvais et a fait le mal ".

4°) L'aboutissement du délire.

L'isolement impose notamment le retrait d'objets qui pourraient éventuellement permettre un suicide. Mais on n'ôte pas tout et Jean, persuadé de son martyr, donne quelques modes de souffrance qu'il a la possibilité de s'infliger " Je ne mangerais plus mais je vivrais quand même. Je peux me brûler la peau, utiliser la fourchette ou les draps..."

Les fantasmes d'auto-destruction empruntent les " moyens du bord ", évidemment, qui sont réduits, en cellule, mais ils n'en témoignent pas moins des symboles archaïques de la psychose :

- le feu qui anéantit le corps en le purifiant.
- les dents de la fourchette qui atteignent l'intérieur du corps à travers la souffrance de la peau perforée, limite ainsi abolie du dedans et du dehors.
- les draps auxquels on se pend, pendaison qui entraine ainsi, le plus fréquemment, une mort par étouffement.

A l'extrême de ses convictions délirantes et confronté à la réalité physiologique de son organisme ainsi torturé, Jean aboutit à l'idée du néant, de la mort. Il l'envisagera en ces termes : " Même si je meurs, je ne mourrais pas ; je deviendrais un songe ". La boucle est donc bouclée : existence et non existence se confondent en une troisième entité qui prépare une création (à travers la naissance) et la dépasse (à travers la mort).

A ce point de l'entretien, nous éprouvons le sentiment d'une rupture inéluctable avec le malade ; Le contexte carcéral a son économie de fonctionnement propre. Comme au-dehors de la prison, les fantasmes psychotiques projetés sur l'entourage

déclenchent une violente réaction de celui-ci et, habituellement, le rejet, puis, pour le garantir l'enfermement du rejeté.

D'autre part, Jean ne répond pas à la proposition de nouveaux entretiens. Il refuse nettement le moindre traitement. Même s'il manquait de confiance quant à notre perscription, notre personne et notre rôle, il ne pouvait rien accepter. La violence de ses pulsions masochiques excluait toute idée de soulagement, d'abandon, d'allègement de la souffrance : il en coûtait alors la fonction et l'économie du délire.

5°) Discussion avec le personnel surveillant. Aménagements :

Plusieurs points furent éclaircis verbalement :

- la tentative de fuite réalisée avec une évidente maladresse, sans préméditation, était vouée de toute évidence à l'échec.

- les hurlements et le vacarme nocturnes continuels dérangent tout le monde : le comportement et les propos du détenu paraissent effectivement inadaptés. On le montre donc au psychiatre.

- la simulation dont nous parlions au début est un prétexte, une rationnalisation après-coup des motifs d'exclusion. Au fond, même, nous avions peur d'identifier la folie.

- ce malade est psychotique avec un délire mystique qui peut le conduire au suicide, point final de " sa mission rédemptrice ". Il nécessite donc une attention particulière et, si possible, un traitement en milieu spécialisé.

Le résultat de la démarche qui, en soi, constitue un véritable travail d'élaboration, aboutira à un allègement des conditions de détention, un arrêt de la grève de la faim, une

réinsertion parmi les autres prisonniers.

Quelques semaines plus tard, Jean sera transféré dans une autre maison d'arrêt, puis en P.O., dans un hopital psychiatrique, puis dans l'annexe psychiatrique d'une prison lyonnaise et enfin retrouvera la " liberté ".

3 - LE CAS YVES O...

1°) Le milieu familial.

Yves O. est né le 15-11-1951 à Paris dans le XXe arrondissement. Il parle de son enfance et de son adolescence comme des périodes heureuses de son existence. Les relations avec la fratrie de six dont il est l'aîné paraissent bonnes.

Par contre, les liens établis avec les parents sont décrits avec quelques réserves :

- le père, organiste à Paris et professeur au Conservatoire de Strasbourg est un homme très absorbé par son art et accaparé par sa profession. Lointain, distant, il ne semble pas s'inscrire totalement dans le fonctionnement quotidien du foyer ni donner l'image qu'on attend de lui.

- la mère qui rend maintenant visite à son fils, avec ponctualité et scrupule, en prison, apparaît comme une femme rigide dans ses principes éducatifs.

2°) Les antécédents personnels.

Yves suit un enseignement classique et obtient un bac philosophie en 1969. La scolarité se déroule normalement ou plutôt convient à une certaine tendance à la rêverie, à l'introversion qui caractérise la personnalité du sujet. Depuis l'adolescence se développent également un intérêt grandissant pour les sectes orientales, un goût particulier pour l'étude du sanscrit.

Le bac passé, Yves commence un long périple :

- de 1969 à 1971 : voyages dans les Pays Nordiques, l'Allemagne (avec un arrêt à Kehl pour travailler dans une manufacture de contre-plaqué), le Maroc, puis retour en France à Strasbourg (inscription aux Arts Décoratifs mais renvoi pour des motifs disciplinaires), séjour à Paris, départ pour les Saintes Maries de la Mer (emploi de serveur dans un restaurant).

- 1971 marque une étape : avec une conviction impérative et inébranlable, Yves part aux Indes, à Goa, revient en France et retourne en Orient en 1972. A nouveau en France et après un bref laps de temps passé à Strasbourg (emploi dans un bowling-restaurant, Yves s'embarque pour les Etats-Unis. Se trouvant démuni d'argent alors qu'il se rend à la frontière mexicaine, il est rapatrié en 1973.

- après un séjour en Suisse, puis un dernier voyage aux Indes en 1974, diverses tentatives d'insertion professionnelle ont lieu : concours d'entrée aux P.T.T. à Strasbourg mais renvoi pour des motifs disciplinaires, plongeur successivement dans deux hôtels de la même ville, mais licenciement pour les mêmes raisons, enfin, engagement à l'essai dans un établissement de Chalon-Sur-Saône comme cuisinier Pizzaiolo.

On note enfin qu'Yves " se débrouille ", comme il le dit lui-même, pour se faire réformer du service militaire. Il invoque comme prétexte, la drogue et l'homosexualité.

3°) Rappel des faits.

" Je suis allé à la plonge pour continuer ma préparation des escalopes panées, et je suis allé broyer du pain. A cette occasion, Melle X. (employée de l'établissement) qui

était présente, s'est moquée de moi, m'a traité de " connard ", sans raison. Je pensais que je ne pouvais pas laisser passer cela, j'en faisais une question d'honneur, je voulais qu'on me respecte. J'ai pensé à me venger de l'humiliation que m'avait fait subir cette fille ".

Yves giffle l'employée qui l'insulte devant le patron du restaurant. Apprenant ensuite qu'il est licencié à cause de ce geste, il décide une vengeance immédiate. " Il fallait que je me prouve que j'étais respectable et je l'étais devenu. C'est par des actes comme cela que je me construis ; il ne peut en être autrement. D'autres peuvent se faire obéir d'un mot ; j'ai la conviction maintenant d'avoir acquis cette autorité ".

Yves frappe alors la jeune fille d'un coup de couteau de cuisine dans le ventre, la blessant très grièvement. Puis il se présente aussitôt au Commissariat pour se dénoncer.

L'incarcération a lieu rapidement avec une inculpation pour coups et blessures volontaires.

4°) La personnalité de Yves O.

Nous nous référons dans notre observation aux propos que le détenu tiendra lors des consultations des experts psychiatres, de la psychologue, et des nôtres.

- présentation et contact :

  Rien ne dénote dans l'attitude physique, la vestimentation, ni l'abord sur le plan verbal. Yves parle facilement de lui-même, mais le contact reste superficiel et on a l'impression qu'il parle beaucoup plus pour lui-même qu'en réponse à son interlocuteur.

- la vie intellectuelle :

  D'un bon niveau avec une pensée capable de synthèse et d'analyse, se révèle facilement pertubée, à

l'étude du psychogramme, par les situations traumatisantes. L'imagination très vive se laisse rapidement déborder par une absence de contrôle des émotions. Et cependant, en apparence tout est " intellectualisé ", idéalisé, abstrait jusqu'à l'hermétisme, rationnalisé, dévitalisé.

- la vie imaginaire et la fuite :

attirent particulièrement l'attention. Depuis l'adolescence, le goût indéfectible pour les cultes orientaux et l'étude du sanscrit témoignent d'une quête d'identité qui s'accomplit dans l'angoisse, la perpétuelle recherche d'un Moi qui défend son intégrité, son unité (nous y reviendrons).
Avant le voyage aux Indes décidé sur un mode impératif, une conviction absolue, Yves affirme " Je n'avais rien fait de très intéressant ".
Par contre, à Goa " nous étions tous un peu mystiques, hippies ; j'ai fumé du haschich, j'ai vécu des expériences, j'étais comme dans une bulle ; j'ai étudié le sanscrit qui est la langue du paradis ".
Les périgrinations à travers le monde s'expliquent aussi comme un mécanisme de fuite devant l'adaptation impossible à la réalité : l'ambiance lui est hostile (notamment quand il travaille à Strasbourg) ; ses employeurs ne le comprennent pas et le licencient, le monde occidental tout entier pourri et mauvais nécessite une répression brutale et immédiate " Beaucoup de gens méritent le sort de la fille que j'ai blessée ".

- la thymie :

Yves ne montre aucun mouvement d'humeur dans un sens ou dans l'autre. Il expose froidement sa situation et pourtant la vision qu'il a de lui-même et du monde dénote un réel pessimisme. Il n'a

pas confiance en sa personne traduisant ainsi l'incapacité d'être, de s'identifier à l'autre, de nouer des relations humaines profondes. C'est donc plutôt à travers les mouvements de l'angoisse qu'il faut chercher le moteur des actes, de l'impulsivité, de la fuite.

- l'affectivité :

rend encore mieux compte des relations de Yves au monde. Se référant au romantisme allemand de Nietzsche et Wagner pour déclarer qu'il faut défendre le paradis que l'on a construit, il décrit la dégradation des moeurs, la nécessité de faire disparaitre ceux qui n'ont pas envie de vivre. " Pour moi, c'est un message ".
L'utilisation de mécanismes de défense projectifs l'autorise à la destruction du monde dangereux et pourri " J'ai le goût de saborder et moi avec. Les gens ont une volonté inconsciente de se saborder et la fille m'a facilité la tâche. Elle devait sentir que j'étais différent et n'attendait que cela. Je pressentais la chose, mais je pense que les autres sont collectivement responsables. Moi-même, je suis à la limite de la schizophrénie. Je ne suis pas un délinquant mais un être pur, c'est pourquoi je suis là ".

Dominé par une agressivité archaïque, primaire, Yves relate son goût immodéré pour la violence. " J'ai attaqué un cinéma de Strasbourg à la grenade fumigène. On y jouait un film impérialiste au moment où se déroulait la guerre du Vietnam ". Lorsqu'on le questionne sur les motifs disciplinaires des différents licenciements, il répond indirectement en parlant de Kâli-Dourga qu'il dit être " celle qui tue ". Il s'agit de l'épouse de Civa, déesse de l'Energie féminine dans la mytho-

logie hindoue.
Pour terminer l'exposé sur sa vie affective, signalons que Yves prend comme prétexte l'homosexualité pour ne pas effectuer son service militaire ; mais ce n'est qu'un " prétexte ". Il lui est arrivé d'avoir des relations sexuelles mais il observe un silence complet quant à leur contenu.

5°) L'incarcération.

Parce que son entourage le ressent différent des autres, Yves devient l'objet plutôt que le demandeur d'une consultation. Un dernier point mérite d'être souligné : durant l'entretien, nous percevons un peu plus que le danger d'évolution vers une psychose schizophrénique. La personnalité du malade nous paraît déjà profondément pertubée. Par moments, Yves parle de lui à la troisième personne, comme s'il évoquait l'autre de son Moi dissocié. Il affirme écrire parfois sur lui-même, mais il rédige ses textes en Anglais (langue étrangère) et " ne peut " encore se concevoir qu'à la troisième personne.

" Dans une bulle " (cf. le voyage à Goa), se considérant comme " l'être pur, trop absolument lui-même ", que dit le condamné : " J'ai quelques regrets. Je n'ai pas de remords ".

Les expertises psychiatriques concluent :

- l'examen du sujet révèle d'assez importants troubles de la personnalité faisant craindre une évolution vers un processus dissociatif.

- l'infraction reprochée au sujet est en relation avec ces anomalies.

- le sujet peut être dangereux dans certaines circonstances, et pourra réagir violemment lorsqu'il estimera qu'il existe une atteinte à sa personne.

- le sujet est accessible à une sanction pénale.

- le sujet est réadaptable et peut bénéficier d'un traitement approprié à condition d'accepter une aide psychothérapique, et ceci peut demander beaucoup de temps.

- il n'était pas, au moment des faits, en état de démence aux termes de l'article 64 du Code Pénal.

Yves sera condamné à deux années d'emprisonnement.

Il ne se plaint pas de la détention, au contraire. Dans une lettre adressée au Procureur de la République, il fait l'éloge des conditions de vie dont il bénéficie ; il n'écrit que pour dénoncer " l'égout " que représente pour lui le milieu carcéral, le monde des détenus qui échangent " une littérature sado-masochique ".

Yves ne communique pas avec les autres. Il a d'autres occupations, et ne dérange personne : " Je mets à profit le temps passé en cellule pour définir une idée et résoudre des problèmes intérieurs ; je me suis endurci. Je suis dominé par une peur qu'il me fallait exorciser. J'en paierai le prix mais il y a un résultat. Je n'ai pas le goût du tragique et pense m'adapter à la réalité ".

Mais, comme l'écrit justement une psychologue dans son rapport " Il est à craindre que cette adaptation demeure toute relative et que d'autres " exorcismes " lui soient nécessaires pour y parvenir ".

4 - LE CAS ANTOINE G...

1°) Genèse et déclin d'une famille.

Antoine naît le 20-9-1936 en Saône et Loire dans une famille d'immigrés slaves. Il est le cadet d'une fratrie de quatre et ne reste actuellement en relation qu'avec l'un de ses frères.

La condition très modeste des parents, la rigueur de leurs principes moraux et religieux marquent particulièrement sa jeunesse.

La scolarité s'achève pour lui au C.E.P., puis, commence le travail à l'usine avec une remarquable stabilité professionnelle qui le conduit à l'obtention d'un C.A.P. de traceur et lui assure une excellente appréciation de son employeur.

Une première " expérience traumatique " se produit pour Antoine qui a 19 ans : le décès de sa mère d'un infarctus du myocarde dans sa 45ème année.

Il se marie environ à cette époque. Sur le plan familial, il offre avec son épouse l'image d'un couple uni, d'un foyer exemplaire dans lequel naîtront 5 enfants dont une fille.

Ancien jociste, Antoine multiplie ses activités, devient délégué C.F.T.C., acquiert une certaine réputation qui lui permet d'accéder aux fonctions de conseiller municipal. Sa femme travaille également en usine, milite de son côté, et occupe, avec son mari, une partie de ses loisirs à une activité de " conseil conjugal ".

Dans les antécédents, on ne relève aucune pertubation apparente sur le plan psychologique. Par contre, l'état somatique mérite qu'on s'y attarde. Le contraste entre sa dégradation constante et le déploiement d'énergie dans le travail nous parait frappant :

- otites chroniques qui entrainent la réforme du service militaire et ultérieurement, un appareillage de l'oreille droite.

- 1962 : découverte d'une maladie de Hodgkin : intervention chirurgicale pour ablation d'un ganglion latéro-cervical gauche, et irradiation.

- 1968 : appendicectomie. Début des crises angineuses.

- 1971 : intervention chirurgicale pour fistule anale.

- 1973 : infarctus du myocarde (nécrose postérieure). Arrêt de travail de 11 mois que le malade ne respecte pas.

- 1974 : coronarographie qui objective une atteinte vasculaire catastrophique (sténose à 100 % de l'artère coronaire droite, sténose à 30 % de l'artère interventriculaire antérieure, sténose à 70 % de l'artère circonflexe, sténose à 90 % de l'artère du bord gauche). On découvre une hypertriglycéridémie à 5,70 g.

- 1975 : transit oeso-gastroduodénal qui révèle une duodénite sans ulcère.

- graphies de colonne vertébrale à l'occasion de sciatalgies : discopathie vertébrale lombaire.

Durant l'incarcération, on note :

- hématurie et découverte d'un calcul du rein droit à l'U.I.V.

- H.T.A.

- bronchite chronique avec intoxication tabagique importante.

- nouvelle crise angineuse majeure. Instauration d'un traitement anti-coagulant, anti-vitaminique K.

Après ces quelques précisions d'ordre familial et personnel, évoquons brièvement l'affaire qui nous intéresse. Alors qu'il se trouve en période de convalescence de son infarctus du myocarde, Antoine commence à établir des relations

sexuelles avec sa fille Y., agée de 13 ans. De 1973 à 1976, le secret parait solidement maintenu jusqu'en mai 1976, date à laquelle la jeune fille effectue une tentative de suicide médicamenteuse. Un mois après, elle se confie à une belle-soeur de sa mère. Un camarade et deux amies lui conseillent de se rendre auprès d'une assistante sociale qui la renverra au Juge des Enfants.

Le lendemain de son expertise par un médecin légiste, Y. aura encore un rapport sexuel avec son père. La scène a lieu dans la chambre de la mère qui feint de dormir alors que l'un des frères informé par Y. les épie derrière une fenêtre.

Après l'incarcération d'Antoine au début de juillet 1976 pour attentat à la pudeur sur mineure de 15 ans, la famille " éclate " littéralement. Chacun de ses membres, y compris la mère, se disperse aux quatre coins de la France.

2°) La structure familiale. Comment était vécu le personnage d'Antoine.

a) Le discours de l'entourage :

- son employeur : avis neutre. Stupéfait de la " nouvelle ". Conserve toute son estime pour un employé modèle, malgré les divergences sur le plan syndical.

- un ami, membre du conseil municipal : décrit Antoine comme irritable et nerveux.

- un ami, ecclésiastique : Antoine est très généreux sur le plan social mais sa dureté et sa tyrannie font régner une ambiance d'enfer dans sa famille.

- le beau-frère : Antoine est dur, autoritaire, violent. Frappe son épouse qui a peur de lui.

- la belle-soeur : Antoine est un homme exclusif, dans

le sens de " possessif ".

b) Le discours des enfants :

- le fils aîné, H., âgé de 20 ans : " Mon père est violent ; il frappe mon frère R. sans raisons importantes ". H. a épié son père, sans succès, pour essayer de le surprendre avec sa soeur.

- le fils P., âgé de 19 ans : " Mon père est violent ; il se montre brutal avec ma mère ". P. a épié son père derrière la fenêtre comme nous le disions plus haut.

- le fils R., âgé de 15 ans : a surpris une fois son père ayant des rapports sexuels avec sa soeur. " Mon père me frappe souvent, sans raisons ; il est brutal ".

- le fils B., âgé de 9 ans : n'est pas questionné.

c) Le discours de l'épouse :

- " Mon mari a toujours été violent. Il me frappe après l'amour. Il ne m'a jamais pardonné une aventure que j'ai eue avant notre mariage. Lorsqu'il boit, il se montre encore plus violent. Il en est de même avec les enfants qui sont battus pour des futilités ".

- " Nos rapports sexuels sont normaux jusqu'à son infarctus. Il devient ensuite plus ou moins impuissant et nous faisons lit à part. Jamais je n'aurais pu soupçonner ses relations avec notre fille ".

- " J'ai fait semblant de dormir lorsqu'il a eu un rapport avec Y. J'avais peur qu'en me manifestant, il nous tue toutes les deux ".

- " Je jure que mon mari est violent. Il prend d'ailleurs des médicaments pour les nerfs et quand il boit, le mélange l'excite encore plus ".

d) Le discours de la victime :

Y. fait des déclarations assez ambivalentes. D'une part, elle présente son père comme un individu très autoritaire : elle se soumet aux demandes qu'il effectue de manière de plus en plus pressante. Selon elle, les premières manifestations des désirs incestueux de son père remonteraient à une date antérieure, l'époque de sa 9ème année. Ensuite, Y. parait admirative de cette image paternelle connue (puisque membre du conseil municipal), appréciée pour ses qualités sociales, humaines. Mais, d'autre part, la jeune fille " se résigne ", elle accepte de cacher le secret impossible, se déprime et se " suicide ". Plus tard, elle peut se confier, mais on remarque qu'elle le fait auprès d'une personne étrangère à sa famille proche.
L'expertise de Y. sur le plan somatique s'avère quasiment impossible pour déterminer s'il y a eu défloration ou non. Le médecin légiste parle " d'attitude d'opposition réflexe ". Sur le plan psychiatrique, la jeune fille présente une intelligence supérieure à la normale, une grande finesse, beaucoup de sensibilité mais aussi une notoire suggestibilité.

Nous remarquons dans les différents témoignages quelques données très nettes:

- l'absence de la famille collatérale d'Antoine.

- l'ambiguité de ses amis.

- la " condamnation " de sa belle-famille.

- l'expression de son autoritarisme, de sa violence dans les propos de ses fils.

- l'ambivalence de l'épouse et de la fille à son égard.

3°) La période de l'incarcération.

a) Avant le jugement :

- Au début de juillet 1976, Antoine est transféré de la Maison d'Arrêt de Chalon-Sur-Saône à celle de Dijon.

- Fin juillet 1976 : lettre au Juge d'Instruction pour expliquer le besoin qu'il ressent de se rapprocher de sa famille (notamment du frère qui lui rend visite) et rendre compte de son état dépressif.

- Expertise mentale le 9-9-76 qui conclut, en substance :

** manque de confiance en soi. Grande immaturité affective compensée par l'autorité à la maison.

** Obsédé par le problème de la sexualité. Obsession de pureté. Irréflexion manifeste chez un homme pourtant intelligent (cela à propos des relations sexuelles avec sa fille).

** état dépressif latent ces derniers mois (réactionnel au sentiment vague qu'il ne pouvait contrôler sa vie).

** état névrotique mal structuré avec une très grande composante narcissique, mais à la limite de la normale.

** responsable de ses actes dont il est pleinement conscient (donc non dément et non affecté d'une maladie mentale chronique). Cependant, très légère atténuation de la responsabilité.

** ne présente pas un état dangereux et accessible à une sanction pénale sur le plan psychologique.

** réadaptable et curable, tout dépendant de la coopération ou non de la famille, l'épouse en particulier.

- Fin septembre 1976 : admission à l'hôpital du Bocage à Dijon pour une crise angineuse. Antoine présente à cette époque une bouffée délirante aigüe attribuée à un produit anti-angoreux (maléate de perhexilène). La symptomatologie cesse après l'arrêt du traitement.

- En octobre 1976, premier séjour en hôpital psychothérapique pour état dépressif grave avec tentative de suicide par phlébotomie.

- Nouvelle expertise en janvier 1977 : maintien du diagnostic précédent. L'épisode délirant passager avec syndrome d'influence, hallucinations importantes en particulier dans le domaine auditif, a cédé rapidement avec l'administration d'un traitement neuroleptique. Les manifestations délirantes n'existent plus. Il s'agissait d'une réaction carcérale.

- Deux nouveaux séjours en hôpital psychothérapique en avril et juillet 1977 pour rechute du syndrome dépressif.

- Retour à la Maison d'Arrêt de Chalon-Sur-Saône :

> Antoine se présente à nous avec un contact apparemment facile. Il coopère avec bonne volonté à l'interrogatoire mais " un grand secret " demeure, " certaines choses ne doivent pas être dites maintenant... peut-être après le jugement ?"
> Antoine estime que les relations sexuelles avec sa fille résultent d'une éducation qu'il voulait lui inculquer, la sauver du mal qu'auraient pu lui faire les autres, les hommes. Il affirme " s'être brûlé " à établir des rapports qui, pour lui, conservent l'image de la pureté, de l'amour, et de la plus grande honnêteté.
> Antoine pleure beaucoup durant le premier entretien. Il se sent coupable et se tourne vers la religion, la pénitence, la contrition ; il se confesse et lit la Bible. Que pleure-t-il en réalité ? :

. l'image idéalisée de lui-même qui vient de déchoir.

. le patriarche qui a trahi l'organisation du clan familial. Celui-ci le renie, le condamne et se disperse.

. l'autorité, voire la loi du père tellement fragile de son principe de toute-puissance qu'elle se brise contre la loi sociale.

. l'homme de la cité, connu, respecté, élu aux premiers rangs, que l'on enferme, que l'on destitue de son pouvoir.

b) Le jugement :

Le 26-10-1977, Antoine G. est :

- déchu de l'autorité parentale sur ses fils R. et B. et sa fille Y.

- condamné à 7 ans de réclusion criminelle.

c) Après le jugement :

Nous assistons à une éclosion nouvelle du délire. Antoine commence à verbaliser avec une étonnante prolixité tout ce qu'il semblait contenir jusqu'à présent avec d'énormes difficultés :

- Ses problèmes sexuels :

** le souvenir d'une tante qui s'exhibait devant lui (" inconsciemment ", dit-il) lorsqu'il était enfant.

** la masturbation apprise durant l'adolescence, source d'une culpabilité encore actuelle.

** la nudité de sa mère durant la toilette mortuaire qu'il effectue, seul. Antoine ressent alors une

violente émotion sexuelle " qui ne quitte plus sa conscience ".

** le sentiment d'une véritable " trahison " de son épouse qui aurait eu des relations amoureuses avant le mariage. " Chaque jour de ma vie, je pense à çà ".

** l'impression " de ne plus être comme avant " sur le plan sexuel depuis l'intervention chirurgicale pour son cancer (ainsi le nomme-t-il en parlant de la maladie de Hodgkin traitée à 26 ans).

** l'attrait éprouvé pour les adolescentes comme sa fille. Antoine affirme avoir ébauché des relations plus ou moins importantes avec d'autres fillettes.

- Le syndrome d'influence :

** le malade se dit relié télépathiquement par un code chiffré (dont il nous donne quelques échantillons) à un ordinateur. Sa voix, ses pensées, ses désirs sont enregistrés et retransmis soit par l'intermédiaire d'un poste de radio, soit à l'intérieur de sa tête.

** à d'autres moments, Antoine pense être psychanalysé malgré lui. Une sorte de vent le met en relation avec une machine, probablement d'origine chinoise.

** l'ordinateur lui interdit de révéler ses secrets. Son avocat lui recommande pourtant de parler le jour du jugement. Il ne le peut et ne cite à la barre que les chiffres du code.

- Les hallucinations acoustico-verbales, les thèmes persécutoires :

** Antoine perçoit la voix de son épouse et celle

d'une autre femme qu'il n'identifie pas. Elles condamnent ses actes envers Y., elles lui ordonnent impérativement de se suicider.

** le malade explique sa phlébotomie à la Maison d'Arrêt de Dijon comme le résultat de son obéissance aux injonctions persécutoires.

- Une angoisse peu importante qui trouve vraisemblablement une issue dans le délire, la projection du danger sur des " ennemis reconnus ". Antoine parle plutôt d'une vague inquiétude sur le sort qui l'attend. En rompant la loi du silence que lui imposait l'ordinateur, il accepte en somme l'idée du sacrifice. Enregistré par la machine qui contrôle son existence entière, elle ne peut que le juger et le condamner.

Antoine fait alors référence au médecin qui l'a traité à l'hôpital psychothérapique. " Il m'a pourtant prévenu que si je continuais mes croisades, j'aurais la tête tranchée ; mais je jetais souvent ses médicaments et ne l'écoutais pas ".

En conclusion, nous pensons que <u>l'état du malade présente une dangerosité</u> trop importante pour un maintien hors d'un centre de soins :

- refus de toute chimiothérapie à visée psychotrope.
- conduite suicidaire : tabagisme redoublé malgré le risque cardiaque (le malade exprime alors son " indifférence de la mort ") ; le risque d'obéissance à une nouvelle injonction hallucinatoire lui ordonnant le suicide.
- surveillance très aléatoire d'un traitement anti-vitaminique K actuellement poursuivi.

Le transfert d'Antoine G. a lieu à la Santé.

5 - LE CAS ROLAND J...

1°) Les antécédents familiaux.

Roland ne se rappelle que de sa date de naissance, le 10-3-1950. Au-dela, les souvenirs flous et incertains échappent à la construction historique de notre patient. Il aurait perdu sa mère à l'âge de 5 ans mais n'en conserve aucune représentation. Avec une surprise réelle, il nous fait remarquer que la personne qui l'a élevé ne portait pas le même nom que lui.

Le père serait décédé alors que Roland avait 16 ans. Mais encore s'agit-il d'un personnage inconnu pour lui. Enfin, l'existence hypothétique de un ou deux frères laisse une empreinte douloureuse que Roland ne veut décrire plus que par une affirmation résolutive " Il m'a martyrisé quand j'étais petit. Si je le retrouve, je le tue ".

"L'absence" de famille dans le discours ou peut-être la difficulté d'en verbaliser l'histoire doit être prise en considération de la globalité du personnage. Or le jeune homme s'exprime de manière soupçonneuse et réticente : il choisit ses termes et développe ses idées avec circonspection et calcul.

2°) Le catalogue des antécédents personnels.

Nous parlons à dessein de catalogue. Roland évite soigneusement d'entrer dans le contenu des évènements notoires de son existence. Aucune émotion, aucune teinte affective ne se manifestent dans le récit. Parfois seulement, une haine intense se dégage des propos, mais elle nous parait inscrite dans une logique interne qui impose et déjà ne communique plus.

Roland va à l'école jusqu'à 14 ans, et n'obtient pas le C.E.P. Après trois années dans un centre d'apprentissage, il acquiert le métier de paysagiste. C'est aussi l'époque où il commence à boire et se trouve hospitalisé à l'âge de 18 ans au Centre Psychothérapique de Melun pour des " crises de nerfs ".

Roland ne peut déterminer ni les circonstances des crises, ni les traitements prescrits, ni la durée du séjour.

En dehors de cet épisode, il habite un foyer des pupilles de la nation jusqu'à la majorité. Puis, il effectue son service militaire qu'il refuse de commenter.

De retour à la vie civile, Roland va travailler à l'usine. " Des étrangers m'ont dit que j'étais incapable de faire mon métier de paysagiste ; de plus, ça ne rapportait pas assez d'argent, alors j'ai laissé tomber ".

" J'habitais à ce moment là avec une prostituée qui m'a abandonné après un an et demi de vie commune. J'ai commencé à voler dans les vitrines, à cambrioler des villas. C'est la troisième fois que je me retrouve en prison ". En réalité, il s'agit de la sixième incarcération mais nous y reviendrons.

Le malade nous parle ensuite d'un traumatisme crânien avec fracture ayant nécessité une hospitalisation de un mois à Nantes en 1972. Il a un certificat qui en témoigne mais se garde de montrer la cicatrice de sa blessure. Peu de temps après, il hérite pour un neuvième d'immeubles en vente. Roland affirme ne pas connaître la provenance de l'héritage mais déjà, il soupçonne certaines gens de lui envier sa fortune.

Il demande une avance à son notaire et se trouve agressé par deux anciens co-détenus qui lui dérobent une partie de l'argent dont il est porteur. Depuis 1972, on cherche à lui ravir ses biens et les persécuteurs le poursuivent jusqu'en prison.

3°) Le passé judiciaire.

Curieusement, après consultation du casier judiciaire, c'est aussi en 1972 que débute la carrière dans la délinquance. Jusqu'à 1977, Roland sera régulièrement condamné une fois par

an et totalisera deux ans, onze mois de prison ferme, un mois de prison avec sursis et 300 Francs d'amende.

Les motifs d'inculpations se résument à des vols, notamment de voitures, mais on relève aussi des condamnations pour vagabondage, défaut de carnet de circulation, port d'arme prohibée, dégradation de véhicules etc...

Nous voyons le détenu à la Maison d'Arrêt en 1976. Le casier judiciaire prouve donc qu'après cette peine purgée, sa vie délinquante continue puisqu'une nouvelle incarcération a lieu un an plus tard.

Enfin, une enquête judiciaire récente établit quelques contradictions dans les propos de Roland et moins de " troubles de la mémoire " lorsqu'il est interrogé par la police. Dans la réalité, sa mère vit toujours. Son père est effectivement décédé.

Ancien boulanger, puis chauffeur routier, il quitte son entreprise en faillite. Ajoutons au passage sa naïveté qui lui fait dire dans le même rapport de police sa méconnaissance de la conduite automobile (lorsqu'on lui reproche les vols de voitures) et son ancienne profession de conducteur de poids lourds.

Roland minimise ses six condamnations à trois, refuse d'en parler et connait à peine celui qui l'a aidé dans ses larcins.A la limite, il y a déni de la délinquance puisqu'il déclare vivre exclusivement d'aumônes.

4°) La période de l'incarcération.

La demande de consultation semble directe à prime abord. Roland explique qu'il a déjà séjourné dans un hôpital psychothérapique, qu'il se sent très mal actuellement et désire voir le psychiatre de l'établissement.

a) La présentation :

Le malade se présente à nous de manière froide, hautaine et distante. Rien ne trahit dans son attitude physique la moindre émotion ; tout semble économisé des gestes à la parole, du développement des idées à leur inéluctable conclusion. En fait, nous avons le sentiment d'assister à une sorte de monologue que rien ne viendra ébranler dans ses convictions et ses résolutions.

b) Les idées délirantes :

** la personnalité :

Roland se décrit lui-même comme superstitieux et méfiant de nature. Il ne peut faire confiance à personne, surtout depuis qu'il a hérité. Nous pensons qu'il a peur et que pour ne pas céder au désarroi total, il se défend par une attitude soupçonneuse, réticente. Il hésite, choisit ses termes, ses expressions, mais élabore des raisonnements de manière inflexible, déterminée, rigide.

** les persécuteurs :

L'interrogatoire que nous menons avec difficultés permet cependant au malade de livrer les causes, les auteurs de ses angoisses. Dans un premier temps, il nous cite le nom d'un détenu qui se trouve dans la Maison d'Arrêt où nous consultons. Après vérification volontaire du fichier médical où le nom du persécuteur ne se trouve pas, Roland affirme qu'il en a entendu parler par " les autres ". Devant notre attitude dubitative, il finit par révéler que " sa pensée capte celle de l'homme qui lui en veut ". Ce sont des reproches qu'il perçoit mais ne dit pas lesquels. Paradoxalement, celui qui convoite ses biens l'accable encore plus.

Le caractère aigu de ces manifestations l'empêche de dormir.

c) L'aboutissement logique :

l'angoisse, la position insupportable, la vengeance.

Roland ne supporte plus son état de victime. Envié pour son héritage, agressé pour l'argent qu'il en tire, poursuivi et traqué jusque dans sa pensée qui le blâme, il déclare avec force son désir de vengeance.

Puis, le malade s'effraie à l'idée d'agression et ses propos traduisent la plus grande ambivalence. " Si je me venge, je crains de le tuer. Je suis dangereux. Soignez-moi dans un hôpital pour malades dangereux. Si vous me laissez là, dans cet état, je vais me pendre ". Les réflexions groupées ici dans l'ordre de l'entretien montrent les différentes possibilités d'application de mécanismes psychotiques. (Meurtre du persécuteur, ou bien " re-connaissance " de soi-même à travers les persécutions, c'est bien la destruction du même personnage qu'il s'agit). Mais l'application dans les actes n'a pas encore lieu, l'angoisse importante les mobilise et permet dans un certain sens à Roland de les " inventorier ". Lorsque nous lui suggérons pour commencer, de suivre un traitement à la Maison d'Arrêt, il refuse nettement. " Vous êtes de connivence avec ceux qui m'en veulent ".

5°) Au-delà d'un unique entretien,

nous remarquons les points suivants :

a) Roland ne se présente plus à notre consultation. La connivence du psychiatre avec les persécuteurs annule la perspective d'une véritable communication. Se posent alors différentes questions : les convictions délirantes du malade sont-elles donc tellement structurées et économiques dans leur fonctionnement pour supprimer toute demande ultérieure ? Y a-t-il eu,

de notre part, une maîtrise insuffisante de l'angoisse, une incapacité à répondre à certains désirs, notamment : " Je suis dangereux. Soignez-moi dans un hôpital pour malades dangereux "?

b) Quoiqu'il en soit, Roland n'exprime aucune plainte à son entourage. On ne nous rapporte aucun trouble de comportement notoire, pas d'agressions, pas de tentatives de suicide. Il est vrai qu'un transfert survient quelques semaines plus tard dans une autre Maison d'Arrêt.

c) Enfin, comme nous l'avons signalé, rien ne semble avoir interrompu la trajectoire de Roland. Peu de temps après la fin de la peine actuelle, il subit une nouvelle condamnation pour vol. Son incarcération a lieu dans une autre ville que la nôtre, et nous perdons la trace du détenu.

6 - LE CAS JACQUES N...

1°) Les antécédents familiaux.

Jacques naît en 1944 à Lyon ; il est le cadet d'une fratrie de quatre enfants. Son père, ancien chauffeur livreur actuellement en retraite, occupe un rôle secondaire dans la représentation parentale. Ethylique désintoxiqué, il quitte son épouse quelque temps pour vivre avec sa maîtresse, puis revient au foyer. " Mon père ne disait jamais rien, je pense qu'il était obligé de se ranger du côté de ma mère sous la pression de celle-ci. Chez mes parents, personne n'ose contredire ma mère ".

La mère, d'origine corse, assure un rôle de " Mama " hyperprotectrice et dominatrice. Les différentes enquêtes la concernant rapportent son caractère autoritaire, sa manière impérative de régenter la famille. " Elle manque d'objectivité et se conduit de façon intempestive pouvant pousser son fils (qu'elle décrit comme un fou dangereux aux commerçants du quartier) à commettre dans un accès de fureur des actes graves ".

D'autres rapports signalent son goût des histoires, de la calomnie envers les voisins dont deux déménagent pour cette raison. Nous verrons plus loin le poids des interventions de cette mère.

Jacques n'entretient aucune relation avec ses frères et soeurs. Tout au plus aura-t-il " à se défendre " d'une soeur vivant dans le giron de sa mère, qui se portera partie civile, réclamant comme elle dommages et intérêts pour le préjudice subi lors du décès de R. (fille de Jacques).

2°) Les antécédents personnels.

A l'âge de 4 ans, Jacques tombe de vélo et se fracture la jambe droite. Plâtré pendant de nombreux mois, il bénéficie de la plus grande sollicitude de la part de sa mère. Toutefois, le vécu de l'épisode en question laisse déjà à réfléchir sur son caractère disproportionné et vital : " Si je n'avais pas eu ma mère, je serais mort ".

La même remarque s'impose lorsque plus tard Jacques décrit les sévices dont il est la victime. Il parle d'une cicatrice au niveau de l'arcade sourcilière gauche, du thorax, séquelles des coups de ceinturon ; sa mère lui aurait jeté un couteau qui se serait planté dans son avant-bras droit. Parfois, elle le poursuivait avec un révolver 9 mm, mais ce qu'il craignait le plus était " le pistolet de gros calibre rangé dans une armoire qu'elle sortait dès qu'il y avait une contradiction ".

Scolarisé jusqu'à 14 ans sans obtenir le C.E.P., Jacques entre dans un Centre d'Apprentissage sur l'insistance de ses parents. Il fréquente ainsi un collège d'enseignement technique du bâtiment, section électricité, de 1958 à 1961, terme au bout duquel il échoue au C.A.P.

De 1961 à 1964, Jacques travaille en entreprise comme Perfectionnant Electricien. Il y laisse le souvenir

" d'un bon élément professionnel, mais buté et rouspéteur ".

La période du service militaire marque le premier affrontement à l'autorité. Une rixe éclate entre Jacques et un sous-officier, fait déclenchant d'une bouffée délirante qui sera traitée à l'hôpital de Fribourg, en Allemagne. Réformé définitivement après 3 mois de service en octobre 1965 le malade se voit transféré à l'hôpital X. de Lyon. L'armée lui accorde une pension d'invalidité à 60 %. Plus tard, en novembre 1971, la Commission de Réforme de Lyon augmente le taux à 70 % pour une période de 3 ans et note : " Etat psychotique ayant débuté par une bouffée délirante et nécessitant une thérapeutique permanente et une surveillance périodique. Persistance d'une importante instabilité thymo-caractérielle ".

Jacques retourne à l'hôpital X. de Lyon en 1965 et 1966. Il trouve un travail dans une entreprise de la ville mais présente une rechute au bout de 7 mois qui le conduit à nouveau à l'hôpital X. Un mois après l'admission, sa mère signe une décharge et le fait sortir contre-avis médical. Une enquête sociale rapporte sur cette période les faits suivants " après avoir tiré son fils d'une cellule et pour éviter qu'il ne fasse une bêtise, elle mettait son lit à côté du sien et s'était enchaînée le poignet à celui de son fils pour s'éveiller à la moindre alerte!"

Quelques jours s'écoulent avant que la mère comprenne la nécessité d'une nouvelle hospitalisation qui s'effectue en clinique privée de octobre à décembre 1967. Puis, Jacques tente un stage en F.P.A.O.R.T., pour obtenir une qualification de monteur électro-mécanicien. Il subit un échec en raison de ses difficultés d'adaptation et retourne à l'entreprise où il travaillait auparavant. Après avoir reçu une lettre d'avertissement consécutive à ses incorrections vis-à-vis des chefs, il démissionne en novembre 1972.

1971 marque également une période importante. Jusqu'à

27 ans, sous la coupe de sa mère à laquelle il remet son salaire et se voit attribuer en retour l'argent de poche de la semaine, Jacques s'émancipe et n'entend plus l'avertissement : " Si tu t'en vas de la maison, tu feras une bêtise, tu iras chez les fous ".
Il fait la connaissance d'une jeune femme, Anne, célibataire, ayant déjà un fils. Les parents d'un côté comme de l'autre refusent d'assister au mariage et emploient toutes les ressources imaginables pour séparer le couple. Gendre et belle-fille deviennent l'objet des critiques, des insultes, des menaces les plus vives de la part de leur belle-famille respective. Il ressort tout de même que la mère de Jacques se montre la plus virulente et la plus vindicative. Des aménagements s'opèrent toutefois à la naissance de R. en octobre 1971. Anne accepte le principe de la garde de ses deux enfants par la belle-mère.

Un mois après, le couple quitte définitivement Lyon avec leur fils à la suite d'une violente dispute entre Anne et Mme N.-mère. Jacques trouve différents emplois en Saône-et-Loire mais il se montre irritable et on le renvoie notamment une fois parce que jugé vaniteux et coléreux. Les troubles du comportement et de l'humeur observés se rapportent d'ailleurs en partie aux démarches qu'il effectue pour reprendre sa fille restée chez ses parents. Prétendant enfin que le Juge des Enfants lui a conseillé d'utiliser la ruse ou la force, il achète une carabine 22 Long Rifle et se rend au domicile de ses parents à Lyon. Lorsqu'il se présente, sa mère lui crie " qu'elle mettrait sa fille derrière la porte et qu'il la tuerait s'il utilise son arme ". Jacques tire effectivement mais assez haut pour ne blesser personne. Son père ouvre, il récupère sa fille et s'enfuit. R. retrouve ses parents en décembre 1976 après 26 mois de séparation. Nous comprendrons mieux plus tard le propos de la mère qui rapporte après le décès effectif de sa petite fille " Je lui avais dit que s'il reprenait R. cela pouvait la tuer car elle ne connaissait pas

sa mère !! "

3°) Le rappel des faits.

De décembre 1973 à juillet 1974, R. semble évoluer et s'épanouir comme n'importe quelle fillette. Le climat familial ne doit pas être cependant des plus favorables. Les parents de Jacques viennent le relancer à partir d'un camping où ils se sont installés, proche de son domicile. Un courrier extrêmement violent est échangé dans lequel, tour à tour, N. menace de décimer son épouse et ses enfants, ou bien de tuer chaque membre de sa famille qui se présenterait chez lui.

D'autre part, le couple se referme sur lui-même et ne cotoie aucun ami, évite tous les voisins. R. et son demi-frère ne jouent pas avec les autres enfants de l'immeuble. A partir de juillet 1974, l'état général de la fillette décline progressivement. Elle refuse de manger, ses parents l'insultent et la menacent (le père notamment qui hurle " Je vais te bourrer la gueule, je vais t'arracher les oreilles ") comme en témoignent les voisins. Personne ne constate la trace de coups sur le corps de l'enfant.

Quoiqu'il en soit, un matin d'août 1974, les époux N. se présentent au cabinet de leur médecin traitant avec R. inanimée. On relève, la veille, un fébricule à 38° traité par un quart de comprimé d'Aspro. Le lendemain, la fillette présente un malaise et tombe. Son père tente de la ranimer, en vain. Le docteur Y. pratique une injection pensant à une syncope et recommande vivement aux parents de s'adresser à l'hôpital, au service des urgences. Le décès est constaté mais le médecin-chef du service refuse le permis d'inhumer.

Les époux N. alors accusés de violence et privation de soins envers un enfant de moins de 15 ans ayant antrainé la mort sans intention de la donner, se voient séparés. Jacques entre en prison, Anne reste en liberté sous contrôle judiciaire.

En fait, elle se trouve hospitalisée le jour même du décès, au Centre Hospitalier de la ville puis au Centre Psychothérapique voisin pour syndrome dépressif réactionnel à la disparition brutale de sa fille.

4°) La période d'incarcération.

a) Période avant le jugement :

Peu de temps après son inculpation, Jacques commence à écrire des lettres à toutes les instances judiciaires. Il clame son innocence, désigne les responsables de la mort de R., supplie et menace tour à tour. Au début, il rédige même à l'intention du Procureur de la République et du Juge d'Instruction l'épitaphe qu'il compte faire graver sur la tombe de sa fille :"R.... N.... assassinée par la ville de Z.... Son père qui l'aimait, qui pardonne à la Justice des Hommes. Dieu seul Juge ".

Jacques exclut toute valeur à la justice humaine ; celle de Dieu seule l'intéresse et il affirme au cours de l'interrogatoire que Dieu lui a pardonné. Par conséquent, il nomme parodie la procédure à laquelle il est soumis " Je réponds aux questions par politesse. J'ai ma conscience pour moi ; le reste, je m'en fous ".

" Le Sujet parfait "

Nous observons avec une constante régularité la manière toute-puissante dont Jacques préserve son Moi fragilisé, sans cesse attaqué :

- " Je pense que j'ai toujours été quelqu'un de bien ".
- A sa scolarité médiocre, il répond " Je pense qu'en fait, j'étais un bon élève... Les diplômes ne m'intéressaient pas... On avait décelé chez moi des dons artistiques. Mes parents ne m'ont pas

permis de les développer ".

- " J'ai toujours été un bon ouvrier. L'employeur qui m'a renvoyé était un imbécile. Il n'y connaissait rien en électricité ".

- " Je ne suis pas un saint ni un ASSASSIN. Dieu le sait. Ne souriez pas en lisant cette lettre, mais au contraire, voyez que l'homme que vous jugez était un PERE et non un assassin."

Jacques proclame son innocence, son dévouement à sa fille au moyen d'une activité épistolaire fébrile : il rédige environ 26 lettres durant 9 mois de détention à la Maison d'Arrêt, tour à tour au Procureur de la République, au Juge d'Instruction, au Juge des Enfants, au Président de la République, au " Ministre de la Réforme de la Justice " etc... Nous ne parlons pas du courrier qu'il adresse à sa femme, à nous-même, du journal qu'il écrit quotidiennement.

- Après deux expertises psychiatriques, il déclare " Je ne suis pas dupe du raisonnement des psychiatres... Je conteste la diminution de responsabilité dont ils parlent. Je considère que je n'ai pas à être diminué de quoi que ce soit ".

" Les objets-poubelle "

Puisque Jacques est parfait, tout le monde se trompe sur son compte et il ne manque pas de dévaloriser tous ses agresseurs. La mauvaise mère-objet dont nous avons déjà évoqué quelques traits se retrouve dans les propos suivants :

- " Je pense que j'ai été toujours quelqu'un de bien et je pense que je n'ai pas à recevoir d'observations de ma mère qui, elle, n'a pas été un modèle de conduite... Ma mère se porte partie civile par esprit de vengeance... Elle me décrit comme un être dangereux ".

- Tous les médecins comprenant celui qui a refusé le permis d'inhumer (" Je pense que la première tâche du médecin de service était non pas d'avertir le Parquet, mais de porter secours immédiatement au malade. Et ce n'est pas ce qui a été fait "), les experts psychiatres, les légistes " se donnent beaucoup de mal pour essayer de prouver le néant ; plutôt que de dire des conneries, ils feraient mieux d'être à l'endroit où on a besoin d'eux ".

- Le Juge d'Instruction, Le Procureur de la République, le Juge des Enfants, l'Inspecteur de la Police n'échappent pas à une critique acerbe :

  ** Le premier, " avec ses airs mielleux extorque de sa femme une version des faits qui n'est pas sa version à elle ".
  " Je doute de l'impartialité, de l'intégrité, de l'honorabilité, de la bonne foi de Mr le Juge ".
  Dans une lettre, Jacques écrit " Cela vous gêne terriblement depuis notre dernière entrevue. J'ai remarqué combien vous jugez mon regard. C'est dur d'admettre qu'on se trompe, surtout un Juge, Justice, votre Justice, et plus vous retardez à me voir et plus cela vous sera dur d'admettre votre erreur ".

  ** Le second lui crée " des difficultés pour son plaisir ". Il attend de lui " qu'il fasse correctement son travail et prenne des décisions intelligentes ".

  ** Le troisième est déclaré " incompétent ".

  ** Le dernier enfin apparait comme " un individu au comportement bizarre ".

- Toutes les personnes apportant un témoignage se voient systématiquement dégradées : un pédiatre " incompétent ", un pharmacien " qui dit des conneries ", deux voisines contre lesquelles Jacques veut porter plainte. L'une d'elles est algérienne " Ce n'est pas une Algérienne qui va apprendre aux Français leur mode de vie. Cela dit, je ne suis pas raciste ".

La réalité

- L'autopsie de R. donne les renseignements suivants :

  ** Enfant malingre sans signes de rachitisme. Multiples petites cicatrices anciennes sur les membres supérieurs et inférieurs.

  ** Tuméfaction de la lèvre supérieure et nombreuses ecchymoses cutanées, de teinte violacée, sur toute la face ainsi que sur les bras et les jambes.

  ** Mort provoquée par une hémorragie méningée en relation avec les ecchymoses relevées sur la tête.

  ** Le siège, l'aspect et le nombre des lésions relevés permettent de les rattacher à des actes de violence.

- L'expertise psychiatrique de Anne conclut :

  ** Immaturité psycho-affective sur fond de médiocrité intellectuelle et d'insuffisance culturelle.

  ** L'infraction reprochée n'est pas en relation avec une anomalie mentale ou psychique.

** Ne présente pas un état dangereux.

** Accessible à une sanction pénale avec responsabilité atténuée par son faible niveau culturel et ses possiblités de jugement limitées.

** Curable et réadaptable à condition d'être prise en charge sur le plan social par les services compétents en matière d'assistance.

** N'était pas au moment des faits en état de démence au sens de l'article 64 du Code Pénal.

** Aurait du être aiguillée sur une consultation de Psychiatrie Infantile qui lui aurait permis de résoudre les problèmes d'alimentation posés par sa fille.

- L'expertise et la contre-expertise de Jacques font état de sa rigidité, de sa sthénie agressive, du malaise existentiel fondamental qu'il éprouve. Son hypertrophie du Moi avec vanité, fausseté du jugement, ses sentiments persécutifs, des idées d'empoisonnement, en font une personnalité paranoïaque. Les conclusions sont identiques :

** L'examen révèle une personnalité paranoïaque, ce qui ne peut suffire à le faire considérer comme un malade mental et ne saurait entrainer de ce fait qu'une diminution discrète de sa responsabilité pénale.

** Il existe une relation entre la personnalité de l'inculpé et les faits qui lui sont reprochés.

** Le sujet n'est pas dangereux dans l'état actuel mais réagira toujours violemment à ce

qu'il estime être une atteinte à sa personne. Il présente un état dangereux potentiel.

** Accessible à une sanction pénale.

** Sujet curable et réadaptable à condition d'accepter une psychothérapie pour laquelle il faudra beaucoup de temps.

** Le sujet n'était pas en état de démence au sens de l'article 64 du Code Pénal au moment des faits.

** Son état est compatible avec la détention. Il s'agit toutefois d'un sujet psychologiquement fragile et qui est susceptible de présenter des manifestations pathologiques.

b) Le jugement :

- Jacques est condamné à 8 années de réclusion criminelle.

- Anne est condamnée à :

+ 3 ans de prison avec sursis.

+ mise à l'épreuve pendant 5 ans avec obligation

** d'exercer une activité professionnelle

** d'établir sa résidence en un lieu déterminé

** de contribuer aux charges familiales ou acquitter régulièrement les pensions alimentaires.

c) Après le jugement :

La position de Jacques devient absolument intenable. Le jugement de la Cour d'Assise le condamne dans la réalité et personnifie le mauvais sujet qu'il ne peut tolérer de voir, d'être.

Quelques jours après le verdict, le comportement du détenu devient tel qu'on le montre au psychiatre. L'agitation, les insultes au personnel, les menaces inquiètent tout le monde.

Nous conservons le souvenir extrêmement pénible des entretiens où dominent une angoisse massive, une violence à la limite extrême du passage à l'acte. Tour à tour, Jacques crie des injures, s'agite, arrache sa chemise, fait montre de sa force, de sa virilité " Je me suis rasé les poils de la poitrine pour qu'ils repoussent mieux ; çà fait plus viril ", décide de " tout massacrer ". A d'autres moments, il s'effronde, éclate en sanglots, réclame des soins. Il n'a pas confiance aux médicaments et en accepte une seule fois pendant la consultation. Il refuse ceux que nous prescrivons de crainte " qu'ils soient destinés à le diminuer ".

Parallèlement, s'instaure une correspondance. Elle nous rend compte de l'évolution progressive vers " l'éclat " qui conduira au transfert dans un Centre Spécialisé.

Trop violemment attaqué, persécuté, Jacques ne peut plus maintenir à travers les quelques entretiens avec nous-même et le Chef de l'établissement son image de sujet parfait. Les mauvais objets s'avilissent d'autant plus. L'ensemble de l'entourage en subit le contre-coup. Dans l'une des dernières lettres, nous lisons " Ami, entends-tu le bruit sourd des " bottes " du Surveillant, lui qui est le rejet, le taré de sa société ; qu'a-t-il de plus que Moi, que Toi : son uniforme, sa loi pourrie, loi pour des (hommes) comme lui ! Pas pour des hommes comme nous ".

La troisième composante de cette structure paranoïaque se retrouve dans le choix homosexuel du malade. Les mêmes ennemis sont désignés : " On (sous-entendu le surveillant) me dit : tu vas voir le fou (le psychiatre). Au nom de l'amitié, çà me ferait du bien de le (surveillant) massacrer ", ou bien

encore " Le surveillant te prend pour un guignol ". Jacques nous tutoie, couvre ses lettres de fleurs coloriées, entrelace nos initiales et y mêle une croix latine.

L'amitié qu'il réclame représente une quête, une recherche de lui-même, une position intermédiaire entre le narcissisme et l'amour objectal. Il écrit " Mon ami, tu me regardes et sans rien dire tu as compris. Mon ami tu es là, dans le bonheur et aussi dans le malheur. Non, je ne copie pas Zola. C'est lui qui a écrit avant Moi, c'est tout. Oui mon Ami, mon fidèle Ami, mon Ami Sincère ".

La dernière lettre de Jacques signe la fin de la détention en Maison d'Arrêt " Devant l'incompréhension générale et la Victime que je suis et que j'ai été, je ne puis demeurer plus longtemps passif. L'heure de la révolte, de ma révolte a sonné ". Il ne faudra pas moins de 5 surveillants pour maîtriser le malade dans un accès de violence particulièrement intense.

Le transfert a lieu au Centre d'Observation de Chateau-Thierry puis à l'Hôpital Psychiatrique de Prémontré, en placement d'office.

CHAPITRE III

LE PSYCHOTIQUE A LA MAISON D'ARRET

1 - LE VECU DU MALADE PSYCHOTIQUE.

1°) Le vécu quotidien :

La notion de temps : paradoxalement, comme le montre J. Hochmann (7) dans son ouvrage, " En prison le temps n'existe pas... ou du moins ce que l'homme sous-entend de durée vécue ". En quelques termes, " Le temps pénal est :

- mesurable, à la mesure de la peine.
- une étendue limitée, fixée, immobilisée par la sentence.
- une étendue vide, inutile du fait de sa vacuité, un temps perdu, un trou dans une vie, une sorte d'entr'acte.
- un temps passé pour ses conditions hygiéniques et un horaire de vie tributaire de coutumes dépassées ".

Il existe bien sûr un découpage horaire de la journée rythmée par les repas, la promenade, le travail, mais chacune de ces activités soumise à une règlementation et à une problèmatique qui lui est spécifique nécessite une étude particulière sur laquelle nous reviendrons.

Nous voulons préciser ici que dans l'univers du psychotique le temps suspendu peut correspondre et coïncider avec celui du milieu carcéral. La structure pénitentiaire est assez vide, assez froide, inaffective et pourtant rigide dans son fonctionnement anonyme pour permettre libre cours au délire. L'état de contrainte générateur d'angoisse trouve deux voies résolutives :

a) le plus habituellement, l'activité fantasmatique vient colmater la déchirure entre l'homme du dehors des murs et celui du dedans. Brutalement, l'histoire du détenu se rompt : il perd ses investissements des bons objets mais aussi les

mécanismes de défense contre les mauvais objets. Aux yeux de la loi, des autres humains, il devient même " le mauvais sujet ". D'autre part, la multiplicité des contraintes carcérales — il suffit d'étudier comment s'exerce le pouvoir dans l'ouvrage de M. Foucault (5) — pour se rendre compte que le prisonnier s'assimile peu ou prou à un objet. Prenons pour simple exemple la disposition architecturale des lieux de détention (qui ont atteint la perfection avec le Panopticon de Bentham) où " L'individu est vu mais il ne voit pas,où il est objet d'une information, jamais sujet dans une communication " M. Foucault (5). La position de " mauvais sujet " qui tend à devenir " objet " très inconfortable dans la blessure narcissique qu'elle occasionne, la souffrance et l'angoisse qu'elle engendre, réclame une réparation. Mais une activité fantasmatique qui s'exacerbe tout à coup devient très vite dangereuse. Elle crée bien entendu une coupure du monde extérieur menaçant, l'institution carcérale, mais elle renvoie au monde intérieur du sujet fragilisé de sa blessure récente, un monde peut-être encore plus inquiétant.
A son tour, le fantasme devient souffrance, pensée douloureuse, et nous le voyons se " liquider " par l'évacuation du désir.
C'est alors de VIDE qu'il faut parler.
Nous n'évoquerons pas ici les termes bien caractéristiques qu'utilise le détenu pour le qualifier.

b) pour le malade psychotique, il en va bien autrement. Ce que les autres parviennent à aménager en fonction de leur personnalité, il ne le peut pas pour deux raisons :

- sa propre structure.

- la structure carcérale.

Cette dernière n'offre comme le dit J. Hochmann, qu'une péjoration d'une durée vécue. Le " temps mort " de la peine à accomplir représente exactement pour le psychotique l'appréhension du néant. Bettelheim raconte bien dans l'univers

concentrationnaire le point extrême de l'éloignement de la réalité, le délire, la mort prochaine.
Tout cela est contenu dans les exemples que nous fournissent les observations :

- Roland J. et Jean R., tous les deux traumatisés crâniens (mais échappant aux connaissances traditionnelles que nous avons des troubles mentaux post-traumatiques) ne peuvent pas évoquer leur histoire, leur passé. Comme le souligne H. Ey dans son Manuel à propos des psychoses " La perte de la continuité psychique disloque le profond sentiment d'unité qui relie la personne à sa propre histoire ".

- Antoine G. partiellement délivré du sentiment de culpabilité intense éprouvé dans l'acte incestueux, ne projette dans le futur que l'image de sa mort. Les injonctions hallucinatoires suicidaires passent au second plan et il déclare en souriant " Je ne sortirai jamais d'ici. Je suis foutu et je le sais ; alors foutu pour foutu..."

- Yves O. donne probablement à travers les quelques lignes que nous reproduisons de son courrier une idée des plus précises de sa notion de temps " Un jour de Brahma vaut mille des âges que vivent les hommes, et autant sa nuit. Evidemment, ce n'est peut-être pas une perspective supportable sans opium. Mais si la métaphysique est un champ d'expérimentation, c'est peut-être en taule qu'elle s'y trouverait le mieux. Je veux dire quel est le sens exact du mot Sheol. Je veux dire, trouvons-nous dans l'Ancien Testament la même nostalgie pour toutes ces choses mortes. Je dirais même une forte attraction pour tout ce qui est immobile et silencieux ".

2°) L'espace :

Notre exposé du milieu carcéral au chapitre I, en particulier la description des locaux, le régime carcéral, montre le souci de cloisonnement fondamental entre les détenus.

Reprenons les grands axes où s'exercent les différentes séparations :

a) Le régime cellulaire :

Les murs isolent l'intérieur de la prison de l'extérieur, mais ils fragmentent aussi l'espace intérieur entre les individus. Seuls ou par deux en cellule, les détenus ne se rassemblent que lors des promenades quotidiennes dans un autre lieu clos, ou bien dans la salle de télévision, par exemple.

Ceux qui parviennent à s'intégrer dans un travail de service général disposent d'un moyen supplémentaire pour communiquer. Par contre, l'ouvrage fourni par l'industrie de la ville doit s'effectuer dans la cellule. Cela veut dire que pour les moins favorisés, la plus grande partie de la journée s'écoule dans la solitude, y compris pour la prise des repas.

b) Le régime carcéral :

prévoit la séparation des individus :

- sur le plan civil : entre hommes et femmes, majeurs et mineurs.

- sur le plan pénal : entre primaires et récidivistes, prévenus et condamnés.

Nous voyons donc que les règlementations affectent la communication inter-personnelle autant sur le plan physique que sur le plan psychique.

J. Mérot et M. Dubec dans un article relatant leur

expérience psychiatrique à Fleury-Mérogis écrivent : " Isolement de l'individu, fluidité du temps, il reste le morcellement de l'espace qui renvoie en miroir au morcellement du corps. L'espace peut être réduit au mètre de la cellule disciplinaire ou étendu à l'infini du ciel, c'est la dimension humaine qui manque " (9)

Nous voilà au centre du propos avec les exemples :

- de Bernard S., son angoisse devant les murs qui oscillent, se confondent et basculent. Les voix perçues au cours des manifestations hallucinatoires l'accusent des vols commis dans la réalité ; mais le sentiment de culpabilité s'inscrit dans le registre de la psychose et se soumet aux instances archaïques d'un Sur-Moi féroce : la menace d'écrasement par les murs, l'ultime punition.

- de Roland J. qui introduit son persécuteur dans la prison, nous considère comme un éventuel complice.

- de Jacques N. dont l'appareil judiciaire tout entier puis les surveillants les uns après les autres deviennent les ennemis.

- de Yves O. et Jean R., les plus isolés de tous peut-être. Jean écope même d'une peine supplémentaire à cause de la tentative de fuite et la grève de la faim. Il nous dit " Je supporte de moins en moins les autres ; je sens en moi que ma présence les fait souffrir. Je suis heureux d'être au mitard ". Les relations dangereuses à autrui trouvent une justification parfaite à l'existence du mitard : il peut aller y délirer avec un relatif apaisement.

Pouvons-nous maintenant suggérer la réflexion de Mérot et Dubec " Le monde carcéral n'a pas pour défaut d'être irréel, mais il a celui de n'avoir pas de références à la réalité "(9) ?

3°) L'aspect occupationnel :

a) Le travail :

nous n'avons pas le souvenir qu'aucun des exemples cités ait bénéficié d'un travail au service général. Leur comportement n'inspire pas la confiance qu'on accorde habituellement à cette catégorie de détenus. Et puis, dans la majorité des cas, les individus ayant recours aux services du psychiatre, suscitent beaucoup de réticences lorsqu'ils demandent une telle activité.

A l'inverse, pour ce qui concerne le pliage des pochettes, les malades ne montrent ni de zèle ni d'empressement.

b) Le temps du délire et du repentir :

considéré leur importance, ils se réservent une place de choix.

Antoine tente bien de s'occuper à une tâche, à la lecture, mais il revient immanquablement à l'étude de la Bible, des Evangiles, se rend à confesse, à la messe, se remémore le passé et le réactualise dans un délire quotidiennement enrichi.

Jacques écrit son journal où il invective la justice inique, les surveillants-bourreaux. Victime de tout et de tous, il rédige des lettres interminables et renouvelées aux Juges, Procureurs, Président de la République.

Yves " met son temps à profit pour définir une idée et résoudre des problèmes intérieurs " ; il étudie le sanscrit, lit beaucoup et tient des propos qui le classent " à part " pour l'ensemble de son entourage.

Jean, le rebelle, " celui qui meurt mais ne meurt pas ",

ne fait rien ; replié sur lui-même, apragmatique, il fume, mais à quoi pense-t-il ?

c) Expression de l'oralité :

l'alimentation nous semble l'un des temps essentiels de la vie du détenu. J. Hochmann consacre dans son ouvrage un long chapitre à la relation orale, aux affections du tractus digestif qui l'émaillent et propose d'intéressantes hypothèses : le découpage, le remplissage et l'actualisation du temps pénal par l'alimentation, notamment.

Les rares exemples que nous avons étudiés n'ont pas présenté d'affections digestives à proprement parler.

Bernard maigrit de 7 Kg en un mois et les récupère en trois semaines après son jugement et la prescription d'une thérapeutique. Il nous parait évident que deux facteurs ont joué :

- d'une part, la sentence du tribunal (la punition) dans la réalité et non plus dans les fantasmes : rappelons l'angoisse déclenchée par les voix persécutrices, la culpabilité, la menace des murs écrasants.

- d'autre part, le " bon traitement " qu'il réclame, qu'il peut absorber et le guérit.

Jean fait la grève de la faim tant qu'on le punit, en somme, de sa tentative de fuite. Dans le mitard intégré à son délire persécutoire, il proclame en fait une toute-puissance qui vainct tous les obstacles " Prouver qu'on peut vivre sans manger, que l'on peut mourir sans mourir ". Ce sont les autres qui ont péché et il les transcende par une attitude rédemptrice. En refusant de manger, il se suicide et déclenche l'agressivité des autres (ne pas manger implique la punition = le mitard) ; c'est donc bien les autres qui sont mauvais.

Yves opère un clivage très net entre bonne et mauvaise nourriture. Dans l'une de ces lettres il décrit longuement :

- les mauvais aliments :

  les oeufs durs, les poissons congelés (qu'il dessine dans la marge du texte), les conserves, le chou bouilli.

- les bons aliments :

  la charcuterie, le baba au rhum cantinés le dimanche, le tabac en quantité restreinte " car cela rend paresseux ", sa propre urine dont il boit un verre de temps à autres " pour éviter la constipation, nettoyer les intestins, et contre les maux de tête ". Cette dernière anecdote fut vérifiée par l'attitude scandalisée de son voisin de cellule qui le somma d'arrêter de telles pratiques, lui interdisit de les renouveler en sa présence, et clama l'évènement à qui voulut bien l'entendre.
  Signalons au passage que le fait de boire son urine ne constitue pas à priori, pour Yves, un signe de régression, mais plutôt un moyen magique de se soigner. Il connait les pratiques hindouistes et E. Jones dans son ouvrage " Psychanalyse, Folklore, Religion ", parle de ce breuvage singulier (en particulier celui de l'urine des vaches sacrées) qui permet une " purification intérieure " de l'individu.

En fin de lettre, Yves salue son ami dans les termes suivants " Bien le bonjour du fond des boyaux " qui se passent de tout commentaire.

4°) La valeur du jugement, l'exemplarité de la peine :

Les observations racontent comment nos malades psy-

chotiques ont vécu l'emprisonnement avant puis après le jugement. Leurs points communs méritent d'être soulignés :

a) Evacuation de tout sentiment de culpabilité de la réalité :

Bernard ne commet des vols que pour survivre, acheter de la nourriture. Malade, rejeté par sa famille, il n'engage jamais sa responsabilité, mais non plus celle des autres. Le constat de sa déchéance lui paraît suffisant pour expliquer ses délits. C'est bien ailleurs que va s'exercer " la punition ".

Jean dit que sa présence " fait souffrir " son entourage mais avant tout, " les autres sont mauvais ". Il doit racheter " leurs fautes ".

Antoine s'en remet au tribunal de Dieu. " Obsédé par l'idée de pureté " comme le soulignent les experts, l'acte d'inceste résulte dans ses propos de l'intention " d'éduquer sa fille, de l'aimer sans arrière-pensée, sans saletés, pour la protéger des autres ".

Préoccupé par son persécuteur, Roland dénie ses antécédents judiciaires, sa vie errante, et se pose en victime toujours recherchée pour des biens qu'il possède et dont on veut s'emparer.

Jacques maintient contre vents et marées son statut de " bon sujet " en se protégeant des attaques des " mauvais objets " tenus à distance : la société est coupable de la mort de sa fille, puis l'Hôpital Général ; la justice est injuste pour lui et les surveillants la cautionnent.

Yves et " ses quelques regrets sans remords " pour avoir frappé une collègue de travail, écrit : " Je me trouve engagé dans une fabuleuse partie de Monopoly et dans la case 114 je passe mon tour depuis juillet

1977 en attendant un coup de dé favorable ". Ailleurs, il précise " Le Voile du Temple (se déchira) : comprendre peut-être le voile de l'illusion (Maya) d'une grandiose " mise en scène ". On cherche encore des mots, mais l'ennui les emporte ; on voudrait bien pleurer, mais on ne le peut plus ".

b) La culpabilité dans les fantasmes psychotiques :

Une perspective beaucoup plus effrayante s'ouvre quand l'inconscient se mêle de la partie. Bien-sûr, J. Hochmann montre et analyse les différents aspects relationnels qui s'établissent entre médecin et détenu, mais, avec un malade délirant dans une prison, la relation ne se réduit pas à la réflexion suivante : " Comme toute sémiologie, le délire est une tentative de dialogue, un besoin éperdu de communiquer avec autrui, une expression, une mimique et un langage. A travers ce langage, le fou esquisse un rôle vis à vis d'autrui et ce rôle peut être plus ou moins affecté d'un coefficient dramatique, théâtral. Les fous ont, eux aussi, le droit de se " payer la tête " de leur médecin " J. Hochmann (7).
Il faut tenir compte du caractère " psychotisant " du milieu carcéral comme le remarquent Mérot et Dubec, et des difficultés d'approche d'un malade qui délire " si bien " dans un tel milieu. Il faut tenir compte du Sur-Moi vengeur et sadique qui s'exprime dans les hallucinations de tous nos malades.

A l'égal de ce que nous ressentons à travers l'idée de meurtre, les psychotiques l'ont éprouvé " réellement " vis à vis d'eux-mêmes ou bien en ont souffert lorsqu'ils le projetaient sur autrui. Pour nous, il s'agit d'un fantasme, pour eux d'une nouvelle réalité imminente. Le jeu théâtral évacue l'angoisse car il mime le danger et en manipule l'expression symbolique. Celà n'est plus possible dans la psychose.

Quel dialogue pouvons nous établir ? Comment articuler celui-ci à la Loi, au jugement, à la peine d'emprisonnement ?

Le malade psychotique devient la Loi et se fait Justice à lui-même.

2 - LE VECU DE L'ENTOURAGE, DES SURVEILLANTS EN PARTICULIER.

Un questionnaire a été proposé à l'ensemble du personnel surveillant. Le tiers exactement, c'est-à-dire 9 personnes, a bien voulu répondre à notre demande qui s'effectuait dans le plus strict anonymat.

1°) Les résultats du questionnaire :

a) Position du malade mental.

- Pensez-vous que les fous puissent commettre des actes délictueux ?

** Huit réponses affirmatives sur neuf.

- Si oui, pensez-vous qu'on puisse les juger responsables de leurs actes ? (totalement, en partie, pas du tout, sans opinion).

** Un questionnaire : sans réponse.

** Six " " : en partie responsables.

** Un " " : totalement responsables.

** Un " " : pas du tout responsables.

- Avez-vous déjà rencontré des fous en prison ?

** Deux questionnaires : sans réponse.

** Trois " " : réponses négatives.

** Quatre " " : réponses affirmatives.

- Si oui, pouvez-vous donner un exemple nominatif ou chiffré (celà depuis 3 ans maximum) dans le

cadre de la Maison d'Arrêt.

** Nous obtenons les résultats de la question précédente. Toutefois, un seul des malades étudiés dans notre thèse sera cité et ne le sera qu'une fois. Il s'agit de Jacques N. Les malades proposés présentent des entités nosographiques autres que celles de la psychose.

- Pensez-vous qu'il soit possible de simuler la psychose ?

** Un questionnaire : sans réponse.

** Huit " " : réponses affirmatives.

- Si oui, avez-vous connu ce genre de simulateurs et pourriez-vous dire pourquoi ils simulaient ?

** Trois questionnaires : sans réponse.

** Six " " : répondent :

= " En agissant ainsi, croient éviter des peines trop lourdes ".

= " Pour être admis dans un hôpital ".

= " Il n'y a que des simulateurs. C'est pour tromper la vigilance des surveillants, se faire hospitaliser, avoir des mouvements plus libres, essayer de s'évader ou autres..."

= " Echapper à la justice, se faire hospitaliser ".

= " Pour que la peine soit moins forte ".

= " Pour se faire passer irresponsables de leurs actes ".

- Peut-on simuler des maladies (physiques en particulier) autres que la folie et pour quelles raisons ?

** Quatre questionnaires : sans réponse.

** Trois questionnaires : les explications de la précédente question sont retrouvées ici avec une allusion aux " grâces médicales ".

** Un questionnaire : " Il n'y a que le médecin qui puisse voir à ce niveau si la maladie est simulée ou non ".

** Un questionnaire : " Les gens simulent pour que des personnes s'occupent d'eux. Il semblerait que ce soit un appel ".

- S'il y a des fous en prison, pensez-vous qu'ils puissent y être correctement soignés ?

** Un questionnaire : sans réponse.

** Huit " " : réponses négatives.

- Connaissez-vous Roland J. ? (Qu'avez-vous remarqué de significatif à son sujet) ?

** Six questionnaires : sans réponse mais quatre ne l'ont pas connu.

** Deux questionnaires : détenu normal.

** Un " " : " Roland est resté à un stade de l'adolescence. Il s'agit d'un garçon complexé ".

- Connaissez-vous Bernard S. ? (Qu'avez-vous remarqué de significatif à son sujet) ?

** Huit questionnaires : sans réponse, mais cinq ne l'ont pas connu.

** Un questionnaire : détenu normal.

- Connaissez-vous Jean R. ? (Qu'avez-vous remarqué

de significatif à son sujet) ?

** Six questionnaires : sans réponse, mais les six ne l'ont pas connu.

** Un questionnaire : détenu normal.

** Deux " " : répondent :
= " C'est un être dangereux, méchant, violent. Compte tenu de sa vie particulière, il éprouve de la haine contre ce qui représente l'ordre établi. L'alcool joue un rôle important dans son comportement ".
= " Tête brûlée. Bon à rien ".

- Connaissez-vous Yves O. ? (Qu'avez-vous remarqué de significatif à son sujet) ?

** Quatre questionnaires : sans réponse, mais deux ne l'ont pas connu.

** Cinq questionnaires : répondent :
= " Il est très renfermé ".
= " C'est un personnage qui vit dans un monde à part, mais qui est doué d'une grande intelligence ".
= " Yves est intelligent. Il vit dans un esprit différent du nôtre. Il semblerait qu'Yves se réfugie dans un monde imaginaire et abstrait ".
= " Tête brûlée. Bon à rien ".
= " Très renfermé et beaucoup trop prétentieux. N'a pas l'air tout à fait normal ".

- Connaissez-vous Jacques N. ? (Qu'avez-vous remarqué de significatif à son sujet) ?

** Sept questionnaires : sans réponse, mais six ne l'ont pas connu.

** Deux questionnaires : répondent :

= " Mauvais fond. Prétentieux ".

= " Tête brûlée. Bon à rien. Fou ".

- Connaissez-vous Antoine G. ? (Qu'avez-vous remarqué de significatif à son sujet) ?

** Quatre questionnaires : sans réponse.

** Cinq " " : répondent :

= " Détenu normal ".

= " Pas mauvais garçon ".

= " Calme ".

= " Peut-être que la maladie et son handicap (surdité) sont à l'origine de son comportement, mais il est assez intelligent pour savoir ce qu'il fait ".

= " Calme ".

b) Position du Surveillant.

- Le fou a-t-il posé ou pose-t-il des problèmes particuliers au surveillant ? (oui ou non)

** Trois questionnaires : sans réponse.

** Six " " : six réponses affirmatives.

- Si oui, lesquels ?

** " Il faut être plus vigilant avec lui qu'avec les autres détenus, car fou ou pas, il fait tout ce qu'il faut pour le paraître ".

** " Notre travail est de surveiller des détenus, mais non des fous dangereux ".

** " Des problèmes de surveillance, de compréhension, de sécurité ".

** " Nous sommes des surveillants et non des infirmiers ni des médecins ".

** " Il risque de faire bouger une division, de ne pas faire ce qu'on lui demande, sans parler de ceux qui risquent d'être agressifs ".

** " Impossibilité de communiquer en milieu carcéral. Dangerosité pour lui-même et pour les autres ".

- L'attitude du surveillant est-elle différente vis à vis du fou par rapport aux autres détenus ? (oui ou non)

** Deux questionnaires : sans réponse.

** Un " " : réponse négative.

** Cinq " " : réponses affirmatives.

- Si oui, comment ? De quelle façon ? Et pourquoi ?

** Quatre questionnaires : sans réponse.

** Cinq " " : répondent :

= " Surtout pas contrarier le fou ".

= " Compte tenu de la personnalité particulière de ces individus, nous sommes obligés d'adapter notre comportement, le règlement, la discipline ".

= " On ne peut raisonner un fou ".

= " S'il se déchaîne, on est obligé de l'entraver car on ne peut le raisonner, alors qu'un détenu normal, on arrive à le raisonner ".

= " En essayant d'entrer dans son monde pour essayer de le raisonner (pas toujours possible), l'aider à accepter la prison et tout ce qui s'y rapporte ".

- Le surveillant souhaite-t-il une formation psychologique particulière pour exercer son travail (vis à vis du fou en prison, mais aussi de n'importe quel prisonnier) ?

** Deux questionnaires : sans réponse.

** Trois " " : réponses positives.

** Quatre " " : réponses négatives.

- Serait-il souhaitable que le surveillant soit sélectionné également pour ses propres qualités psychologiques dans l'exercice de sa profession ?

** Trois questionnaires : sans réponse.

** Quatre " " : réponses positives.

** Deux " " : réponses négatives.

c) Position du psychiatre.

- Pensez-vous que le psychiatre soit utile dans le cadre d'une Maison d'Arrêt ?

** Sept questionnaires donnent des réponses affirmatives, mais avec certaines conditions, notamment :

= " Pour détecter les faux des vrais fous ".

= " Pour une information psychiatre → surveillant et surveillant → psychiatre ".

** Un questionnaire : réponse négative, car " la prison n'est pas un hôpital ".

** Un questionnaire : sans réponse.

- Si oui, pour qui ?

** Trois questionnaires : sans réponse.

** Dans les six autres questionnaires, l'utilité du psychiatre est reconnue pour " tous les détenus, les malades mentaux compris, le surveillant, le psychiatre lui-même ".

- Avez-vous des critiques à formuler à son sujet ou au principe des consultations spécialisées ? Si oui, lesquelles ?

** Quatre questionnaires : sans réponse.

** Quatre " " : réponses négatives.

** Un " " : avec la critique suivante : " Nous ne sommes pas informés et il serait utile de connaître mieux ce détenu malade. Je pense que nous pourrions éventuellement lui venir en aide et prévoir les incidents qui pourraient nuire à notre sécurité ".

- Pensez-vous que le rôle du médecin généraliste serait suffisant ?

** Un questionnaire : sans réponse.

** Un " " : réponse positive.

** Sept " " : réponses négatives.

- Avez-vous des suggestions particulières en ce qui concerne par exemple le traitement, la prise en charge des fous, les informations qui peuvent être transmises à leur sujet ?

** Trois questionnaires : sans réponse.

** Un " " : réponse négative.

** Cinq questionnaires : répondent :

= " Les soi-disant fous, leur place se trouve dans un endroit spécialisé et non en prison (surtout les fous reconnus) ".

= " Les fous ne devraient pas se trouver en prison ; ce n'est pas leur place. Les prisons doivent cesser d'être des asiles psychiatriques ".

= " Pour moi, un fou n'a pas sa place en Maison d'Arrêt ".

= " Pour moi, un détenu reconnu vraiment fou n'a pas sa place en Maison d'Arrêt, mais dans un asile où on est plus en mesure de le soigner ".

= " Il est anormal que l'on s'aperçoive qu'un individu est fou après qu'il ait commis des actes graves. Ne perdons pas de vue les dégâts commis dans la vie des victimes ".

d) Si vous ne désirez pas remplir ce questionnaire, pouvez-vous en donner la ou les raisons ?

Un seul questionnaire est rendu vierge avec une réponse à ce quatrième paragraphe :

" La vie moderne veut assimiler prison et hôpital d'aliénés. Quand je suis rentré dans l'administration pénitentiaire j'étais surveillant ; je me sens converti en garde-malade ".

2°) Commentaires des résultats obtenus :

a) Quelques hypothèses et réalités sur le silence.

Nous remarquons au début du chapitre que seulement

un tiers des questionnaires nous est retourné. Et pourtant, la grande majorité des surveillants ne se montre pas silencieuse.

- Après des réticences que nous qualifierons "d'usage", puis une courtoisie jamais démentie, nous parvenons à une communication plus développée : le comportement, les idées de certains détenus intriguent et suscitent des demandes d'explication, voire, implicitement, une prise de position.

  Des surveillants n'ont pas répondu au questionnaire parce qu'ils auraient préféré " discuter ". Nous voyons là un désir qui ne veut pas céder à ce que S. Buffard nomme " La paperasse administrative qui étouffe la parole " (1). La mode du questionnaire calque bien cette paperasse, une de plus.

  D'autres surveillants opposés même à la consultation du psychiatre ont complété leur réponse verbalement avec beaucoup plus de nuances, valorisant ainsi le dialogue.

- Le silence trouve aussi une explication dans le fait que le personnel peut ne pas se sentir concerné pour des raisons " d'économie interne " à l'institution. S. Buffard écrit bien : " Le personnel pénitentiaire n'est pas plus médiocre que celui d'autres administrations ; il serait apte à recevoir une formation continue et à effectuer la même promotion qu'ont réussie les infirmiers psychiatriques. Mais la prison n'a pas besoin d'un personnel plus qualifié : peut-être même qu'elle s'en méfierait ; un personnel moderne dans une institution archaïque pourrait faire tout sauter " (1).

  Dans une revue, Psychiatrie Française, un Juge d'Application des Peines interviewé affirme :
  " De toutes façons, si tout ceux qui ont une fonction

autre que de garder les gens en prison allaient jusqu'au bout, la prison ne tiendrait pas " (10). Sous-entendu " celui qui a fonction de garder " renonce dans tous les cas à l'idée " d'aller jusqu'au bout " et garantit son existence par celle de la prison.

- Une dernière réalité nous est donnée dans la même interview : " Le psychiatre est vécu par l'administration pénitentiaire comme il est vécu dans la société, c'est-à-dire un mélange de respect et presque de mysticisme, à la limite, et en même temps une certaine dérision. Un jour on pense que les psychiatres sont tous fous, et un autre jour on dit : il faut absolument que ce soit un psychiatre qui s'en occupe " (10).

b) Comment est perçu le malade ?

- Par rapport au délit et à son comportement en prison :
  La plupart des surveillants pensent qu'un psychotique peut commettre des actes délictueux mais qu'il en est partiellement responsable. Ce malade n'est pas identifiable en milieu carcéral pour quatre raisons :

  ** sa rareté.

  ** le fait d'attribuer à la folie des troubles du comportement qui n'en relèvent pas. Les exemples nominatifs que nous ne pouvons pas reproduire ici en témoignent.

  ** le fait de ne pas connaître ou si peu les cas précisés dans notre questionnaire.

  ** la possibilité de simuler la folie autant que les affections somatiques d'ailleurs.

La simulation antique et éternelle prédomine dans l'opinion générale. L'ouvrage de J. Hochmann (La relation clinique en milieu pénitentiaire) analyse parfaitement ce que représente " La crainte d'être dupe ", et ce que veut dire " La relation théâtrale ". Les bénéfices secondaires prêtés aux fous ou prétendus tels, vont de l'allègement de la peine à l'évasion, en passant par l'irresponsabilité des actes, l'hospitalisation en hôpital psychiatrique etc... La réalité ne corrobore pas de telles craintes. Aucun de nos malades étudiés ici, sauf Roland, n'a demandé des soins en milieu spécialisé, aucun ne s'est reconnu comme fou (comment le pourrait-il ?), presque tous ont refusé une chimiothérapie, sauf Bernard, chacun a trouvé plus " confortable " de se considérer comme prisonnier plutôt que malade mental.

- L'étude des cas :

** Les jugements impératifs, les condamnations sans appel : Jacques et Jean sont l'objet des opinions les plus sévères, considérés comme dangereux, méchants, violents, prétentieux, bons à rien, fous.

** Les jugements plus nuancés : Yves et Antoine bénéficient d'une plus grande clémence. On perçoit bien pour le premier ce qui le différencie des autres : une certaine intelligence, son caractère renfermé qui le conduit à " se réfugier dans un monde imaginaire et abstrait ", sa prétention.
Le second dont nous nous rappelons le désir de se racheter devient presque sympathique : il se repent et accepte la punition d'emprisonnement.

** Les " inconnus " : Roland et Bernard sont consi-

dérés comme des détenus normaux ou bien ne laissent aucun souvenir.

Les différentes opinions proposées pour chaque malade renvoient probablement au caractère insupportable des projections qu'ils effectuent sur leur entourage.

** Jacques et Jean, les plus sévèrement jugés, dénient leurs actes, se posent comme victimes absolues. Les autres sont méchants ; ils le clament et provoquent l'agression qui survient immanquablement. Une certaine culpabilité est toujours éprouvée par les " agresseurs " désignés par le malade, mais celui-ci délire depuis trop longtemps et les dernières limites ne peuvent s'établir que dans un contexte violent et dramatique. Les surveillants ne s'y trompent pas ; ils subissent jusqu'à l'extrême et se trouvent piégés comme nous-mêmes par l'inertie pénitentiaire, ses ambivalences, ses divergences de point de vue, ses contradictions, et le climat de violence plus ou moins bien contenu qui en résulte.

** Yves se distingue des autres par son niveau intellectuel et le barrage qu'il impose à la pénétration de quiconque dans son monde imaginaire. Intelligent, cultivé, distant, froid, " prétentieux " (en réalité affecté dans son comportement et emphatique dans ses propos), il constitue le type même de l'Etranger en milieu carcéral et vécu comme tel.

** Antoine, Roland et Bernard présentent une conduite masochique : apparemment calmes ils passent donc inaperçus.

c) Quelles positions se prête le surveillant par rapport au malade mental ?

Le fou pose évidemment des problèmes. Simulateur ou non, il nécessite une plus grande vigilance, il suscite des difficultés de compréhension, de communication, il risque de se montrer dangereux, agressif pour lui-même et pour les autres, voire de mobiliser les détenus.

Dans l'ensemble, les surveillants revendiquent leur qualité professionnelle qui ne se confond pas avec celle d'un infirmier psychiatrique. " Surveiller des détenus mais non des fous dangereux " : est-ce à dire que les fous sont plus dangereux que les détenus ?

Quoiqu'il en soit, dans la même perspective, le personnel ne souhaite en général ni une formation psychologique particulière pour exercer son travail, ni être sélectionné pour ses propres qualités psychologiques.

Nous voyons dans les obligations que crée le fou et la volonté de ne pas le connaître, l'impuissance à le prendre en charge, notamment à lui fixer des limites : " On ne peut pas le raisonner, on lui adapte le règlement, la discipline, notre comportement, on l'entrave s'il se déchaîne ".

Par voie de conséquence, le malade mental n'a pas sa place en Maison d'Arrêt. Tout le monde paraît bien d'accord sur ce point et revendique que " La prison cesse d'être un asile psychiatrique ", que l'on dépiste les psychotiques avant qu'ils commettent des actes délictueux. Nous avons le sentiment que la Folie reprend ses " droits " : tantôt elle n'existe pas car on la simule pour obtenir un allègement de la peine, tantôt elle s'empare des murs tout entiers pour les confondre avec ceux d'un hôpital psychiatrique. Dans les deux cas, il faut l'évacuer ailleurs, en milieu spécialisé.

d) Quel rôle les surveillants accordent-ils au psychiatre ?

Notre fonction se distingue de celle du médecin généraliste, peut-être pour la qualité inhérente au spécialiste venant du milieu " spécialisé " dont nous parlions plus haut.

L'utilité reconnue au psychiatre prend une large extension et concerne finalement tout le monde. On lui suppose même un intérêt personnel à venir en Maison d'Arrêt, ce qui nous semble un point positif. Nous partageons l'idée que tout détenu souffrant d'affections somatiques ou mentales, a droit aux soins, à l'égal de tout être humain. L'égalité reste malheureusement de principe, en tout cas un voeu de l'administration pénitentiaire qui ne trompe plus personne à promettre toujours ce qu'elle ne tient jamais.

Nous prenons enfin à notre charge les critiques visant à démontrer les difficultés de communication entre psychiatre et surveillants. Les informations ne passent pas toujours correctement et mériteraient un développement dans les deux sens. L'échange se limite encore trop souvent à quelques réflexions entre deux portes. Il faut peut-être y voir une imperfection de notre organisation personnelle du travail mais aussi un problème de temps. Actuellement, notre offre ne satisfait pas, tant sur le plan de la qualité que celui de la quantité des demandes formulées.

3 - LE ROLE DU PSYCHIATRE.

1°) Les difficultés à situer notre rôle thérapeuthique en milieu carcéral :

Nous limitons ici notre propos aux malades psychotiques, mais des problèmes identiques se posent parfois quant aux autres détenus nécessitant une prise en charge psychothérapique.

a) Le lieu de détention rappelle sans cesse qu'il est fait pour

punir et non pour soigner. Comment vaincre la redoutable ambiguïté que pose le psychiatre en prétendant bien traiter et guérir dans un tel endroit (dont il est partie " prenante ou prise ", qu'il le veuille ou non).

Nous renvoyons tout simplement à l'ambivalence du psychotique qui s'écarte rapidement de la position dangereuse en refusant le traitement et les entretiens.

Il n'est que de rares moments où la souffrance, les persécutions insupportables occasionnent une sorte de relation qui ne satisfait personne. Nous en reparlerons.

b) Le rôle de prescripteur de médicaments reflète un autre aspect thérapeutique, mais là encore circulent des fantasmes dont le malade n'est pas dupe. Le Juge d'Application des Peines auquel nous avons déjà fait référence expose très nettement ce que d'autres n'osent s'avouer :

" - Personne n'ignore qu'on parle beaucoup du remplacement de la camisole de force par la camisole chimique. Il est certain que le psychiatre a un rôle là-dedans.

- Il s'agit essentiellement à l'heure actuelle en prison de faire régner la paix.

- Le psychiatre comme le juge, comme les travailleurs sociaux, peut-être davantage le psychiatre et le juge sont utilisés par l'administration.

- Il n'est pas envisageable sérieusement avec l'esprit actuel de l'administration pénitentiaire de faire bénéficier au détenu d'une prise en charge psychothérapique. " (10)

Il apparaît très clairement que l'introduction du médicament dans la prison correspond au désir de perfectionner l'instrumentation du pouvoir. En même temps, s'opère un glisse-

ment de la responsabilité des comportements, de l'administration au médecin. Ces phénomènes se reproduisent ailleurs dans la société, mais le milieu carcéral en présente parfois le modèle le plus caricatural. Mérot et Dubec écrivent : " Nous devrions prendre à notre compte la souffrance, la violence et la mort qu'une institution ne peut plus voir survenir ni assumer, bien qu'elle veuille continuer d'exercer une attitude purement répressive. Elle se sent coupable des valeurs qu'elle représente et demande au psychiatre en assumant un rôle mythique, de réparer une carence symbolique " (9).

Rappelons seulement que les malades psychotiques ont refusé toute chimiothérapie, sauf l'un d'entre eux. Bernard réclame le même traitement qu'à la clinique (il le connait parfaitement) pour " dormir, oublier, effacer le cauchemar". Peu lui importe (ou au contraire lui importe-t-il ?) de prendre ses médicaments pour dormir à 18 heures et d'utiliser le " biberon " (flacon dans lequel sont mélangés comprimés et gouttes sans possibilité d'identification). Soulignons au passage les horaires et le mode de distribution avec, de surcroi, la présence du surveillant au moment de l'absorption.

Le psychiatre intervient aussi dans le fonctionnement de l'institution lors des commissions de libération conditionnelle. Il possède une voix consultative et dans la réalité cette voix est effectivement consultée. Les circonstances veulent que les six cas psychotiques n'ont pu être présentés à ces commissions. Trois d'entre eux ne sont pas arrivés à mi-peine (époque à laquelle la libération conditionnelle est proposée pour les délinquants primaires), deux sont transférés dans une autre Maison d'Arrêt, le dernier, seul cas envisageable, n'offre pas les garanties exigées : certificat d'un employeur, certificat prouvant l'existence d'un domicile fixe.

c) Enfin, le psychiatre établit ou n'établit pas des relations avec l'extérieur de la prison.

Il peut se mettre en rapport avec le Procureur de la République ou le Juge d'Instruction afin de " susciter une expertise pour un cas psychiatrique méconnu ".

L'expérience nous prouve surtout qu'il y a rarement méconnaissance mais plutôt impossibilité à " prolonger " la connaissance d'un individu dès lors qu'il entre en prison. En celà nous rejoignons l'opinion de Fellion, Duflot et Cailleteau qui écrivent " L'expert psychiatre donne des avis essentiels pendant l'instruction et le procès. Tout-puissant avant, il est ignoré après " (4). Prenons quelques exemples :

- Par la nature, les circonstances, mais aussi par le fait qu'ils aient commis des crimes passibles des Assises, Jacques, Antoine et Yves sont obligatoirement soumis à une, voire plusieurs expertises psychiatriques. Il ne convient plus ensuite de discuter tel ou tel diagnostic mais de prendre en compte l'accessibilité à une sanction pénale. Lorsqu'une peine d'emprisonnement est prononcée et que survient une décompensation psychotique, quelle expertise pouvons-nous encore susciter ? Il ne reste plus que le recours aux établissements sanitaires spécialisés ou aux Centres Médico-Psychologiques. Il ne reste plus qu'à fonder l'espoir d'y voir les traitements mieux adaptés.

- Jean, 17 fois condamné, ayant des antécédents psychiatriques mais jamais expertisé, se trouve rapidement transféré dans une autre Maison d'Arrêt, puis dirigé dans un hôpital psychiatrique. Que représente alors sur le plan thérapeutique, le temps de peine " à finir " à l'hôpital ?

d) Un élément d'importance mérite encore qu'on s'y arrête. Lorsqu'un malade est transféré dans un lieu sanitaire, aucun échange ne s'établit entre le point de départ et le point d'arrivée.

Dans notre expérience, nous n'avons jamais eu à fournir de renseignements sur la période d'emprisonnement, les troubles observés, les traitements prescrits. Le médecin généraliste se charge du certificat administratif pour la demande de placement. Le dossier médical est transmis, mais chacun sait la pauvreté de son contenu. Quant à l'expertise psychiatrique enfouie dans le dossier pénal, aurait-elle une grande utilité, ne pourrait cependant rendre compte des manifestations pathologiques du sujet en prison.

Centres de détention, centres de soins, conservent du passé l'image de lieux clos, fonctionnant pour et par eux-mêmes. Le morcellement de ces petits univers juxtaposés retranche plus qu'il n'ajoute à la continuité historique de l'individu. Et nous ne parlons même pas de la carence des services sociaux qui doivent contribuer au reclassement professionnel, à la réinsertion familiale.

2°) La relation médecin-malade :

a) La demande ne provient pas en général du malade psychotique. Objet plutôt que sujet recourant au service du psychiatre, l'entourage nous l'adresse parce qu'il contrevient au règlement, il dérange tout le monde avec ses cris, ses démarches intempestives, son comportement bizarre. Il résulte de cette " relation forcée " une rupture immédiate des entretiens.

Lorsqu'ils prennent l'initiative de nous rendre visite que souhaitent ces malades ? :

- Bernard vient calquer ses désirs sur les exigences de l'institution et répondre à la notion de " calme " qui doit y régner. La prison est dangereuse car les murs menacent de s'écrouler. Alors, il faut se décider à prendre le médicament magique qui va permettre " de dormir, oublier, effacer le cauchemar ". Mais cette thérapeutique émanant " du médecin du lieu menaçant " peut se montrer dangereuse à son tour ; aussi, Bernard demande " le bon médi-

cament " qu'on lui prescrivait à la clinique. Nous verrons très rapidement l'angoisse diminuer au terme de ces " négociations ".

- Roland essaie de nous persuader qu'il faut le soigner dans un hôpital pour " malades dangereux ". Lorsque nous lui proposons, pour commencer, un traitement à la Maison d'Arrêt, il le refuse énergiquement, soupçonne notre connivence avec les persécuteurs (inscrivant notre rôle dans la fonction répressive de l'institution, image insupportable de sa culpabilité) et menace de se suicider.
  L'ambivalence du malade renvoie totalement à la nôtre perçue dans son monde délirant comme possibilité dangereuse d'une nouvelle persécution.

- Jacques nous demande une sorte de droit à l'existence. L'emprisonnement représente une attaque permanente contre son Moi fragilisé, une blessure narcissique épouvantable qu'il tente de réparer avec violence lors des entretiens. Plus il injurie son entourage, les mauvais objets, plus il recouvre son identité de sujet parfait.

b) La relation proprement dite.

Cette relation découle des vicissitudes de la demande. Un point essentiel se dégage de l'ensemble de nos lectures : " Toute relation médecin-malade prend en prison un " caractère oral ". Indépendamment de la structure du délinquant, elle renvoie à la régression induite par l'incarcération ". Mérot et Dubec (9). Lorsque nous observons des anorexies, des grèves de la faim, ou bien même le récit dans une lettre de ce qu'est la bonne et la mauvaise nourriture, il y a lieu de mettre en cause la prison et sa fonction.

Lorsque notre position nous situe à l'intersection

précise des exigences carcérales et de la demande du malade, notre identité en subit la contrepartie. La relation se bloque à l'endroit où se heurtent les fantasmes de l'appareil répressif d'une part, et les fantasmes de toute-puissance des psychotiques d'autre part. Cet endroit, notre consultation, rassemble les récits de meurtre, d'agressions, de suicide, bref, de violences contenues proches de l'explosion.

Pour les malades psychotiques soumis à des frustrations insupportables en prison, les relations de type oral qu'ils établissent à autrui prennent un caractère sadique. Le thérapeute lui-même peut devenir dangereux. Les exemples cliniques montrent suffisamment l'ambivalence dont il est l'objet, incorporé ou rejeté, dans la prescription médicamenteuse comme dans la communication verbale.

c) L'absence de perspectives psychothérapiques.

Le jeu des forces mises en présence, toujours en opposition et sous contrainte, limitent considérablement le champ d'action thérapeutique.

- La psychothérapie de groupe en milieu carcéral français débuta en 1962. Une équipe lyonnaise à laquelle appartenait S. Buffard, obtint la permission " à titre expérimental et avec mille recommandations de prudence " de pratiquer ce nouveau mode de traitement.
  Un certain succès fut remporté par cette méthode qui s'étendit à d'autres établissements et attira des visiteurs, des stagiaires de l'étranger. Mais après quelques années, une régression s'opère et la psychothérapie de groupe ne se trouve plus appliquée qu'à Lyon et à Melun.
  Les difficultés insurmontables que décrit S. Buffard dans son ouvrage enrichissent notre compréhension de la morbidité que secrète l'institution péniten-

tiaire. Nous apprenons aussi pourquoi cette dernière ne peut évoluer, recroquevillée, figée dans ses règlements : comment un groupe peut-il vivre quand la loi interdit les réunions, les activités non contrôlées par la direction de l'établissement, la parole donnée aux prisonniers ?
Un groupe qui parle de façon autonome devient une provocation et, au bout du compte, l'institution y puise un renforcement de ses défenses, un argument éclatant pour renouveler ses interdictions.

- L'isolement que nous confère une petite Maison d'Arrêt, la prise en charge occasionnelle de psychotiques, nous ramènent à des ambitions beaucoup plus modestes.
Nous devons déjà faire face individuellement à un malade sans provoquer plus de dégâts qu'il en existe.
Notre premier mouvement consiste d'abord à repérer dans la symptomatologie qu'offre le patient, les liens de celle-ci à un processus morbide, ou bien à la situation carcérale elle-même. Bien sûr, il y a une étroite intrication des deux et des interactions parfois surprenantes mais, sensiblement, dans une attitude première d'écoute des distinctions s'opèrent. Les régressions, les positions de repli du psychotique sous la contrainte du milieu, le plongent dans un monde qui ne se compare pas à celui que décrivent les autres détenus.
Notre travail de " repérage " s'engage précisément dans les cas où :

  ** le malade ne demande rien et se trouve " parachuté " à la consultation

  ** lorsqu'il existe des barrages, des inhibitions, des difficultés à établir un contact

** quand d'emblée la méfiance, la suspicion et les réticences altèrent la communication.

Les résumés d'observation présentés au chapitre II où la symptomatologie parait groupée d'un seul tenant ne rend pas suffisamment compte du long travail dont nous parlons ici, l'approche progressive et prudente, la découverte par étapes, parfois les décourageants " retours en arrière ".

- Quant à l'aspect dynamique de la relation, celui qui pourrait s'intégrer dans une authentique action psychothérapique, nous ne pensons pas qu'il soit possible à cause :

** de la " perversion " du transfert : le milieu carcéral et le médecin dans ce milieu, la demande et la relation proprement dite y contribuent. Nous avons déjà évoqué chacun de ces éléments.
Libre cours prennent alors les mécanismes projectifs et introjectifs de la psychose.

** de la réalité pénitentiaire elle-même qui ne peut pas servir de " référence " dans le remodelage d'une personnalité.

Que reste-t-il alors ?

** l'attitude d'écoute permettant l'élaboration d'une relation partielle mais néanmoins privilégiée si nous la comparons à celle de l'institution.

** la possibilité offerte d'exprimer une souffrance, une angoisse qui trouvent un témoin et non plus les murs, l'isolement qui les renforcent.

** l'ébauche de quelques " défenses ", ne serait-ce que dans la médiation plus ou moins réussie, voire crédible, que nous tentons entre le malade et l'institution.

/_ HAPITRE IV

CRITIQUES ET SUGGESTIONS

-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.

Dans le premier chapitre, nous exposons brièvement les conditions locales dans lesquelles nous travaillons et d'autre part, le règlement intérieur tel qu'il doit être théoriquement appliqué.

Des contradictions flagrantes apparaissent çà et là avec au bout du compte un sens unique visant comme le dit S. Buffard à " l'expiation et le conditionnement, l'uniformité et la désintégration, mais avec la prétention de faire passer pour valeur ces lois qui n'assurent que la propre pérennité du milieu carcéral " (1).

1 - LE MYTHE DE LA REEDUCATION.

1°) Les locaux :

Les locaux vieillis, désuets, dégradés, l'exiguité des lieux d'intimité, de dialogue, voire même ceux réservés au personnel, donnent géographiquement l'idée de contrainte, de rétrécissement des horizons, une sorte de pénalisation qui va jusqu'à imprégner l'espace ambiant.

Le règlement ne prévoit-il pas le cubage de l'air, l'éclairage, le chauffage, l'aération, selon des critères physiologiques ? Mais l'homme n'est pas seulement un organisme animal et l'on s'étonne encore que plongé dans un univers normalisé, il étouffe, il se plaigne du froid, de la tristesse, de la monotonie. Tout devient irrespirable, immangeable dans le sens d'incorporation.

2°) L'hygiène alimentaire :

L'hygiène alimentaire représente dans l'esprit des administrateurs un certain nombre de calories à distribuer quotidiennement pour que le corps du détenu survive. Il ne s'agit pas de vie mais de survie.

Le coût des aliments à l'heure actuelle pour un

particulier sans la moindre fantaisie (ex : café, patisseries...) ne peut pas être envisagé en dessous de 10 Frs par jour. En deçà, l'équilibre qualitatif des apports nutritifs tient de la mystification. Or précisément, la collectivité carcérale réussit de tels miracles et se targue des obèses qu'elle engendre. L'entretien complet du détenu dont la nourriture n'est qu'une fraction, revient à 10 à 11 Frs par jour. C'est dire la place qu'on accorde à son alimentation et la manière dont on la réduit à une technique élaborée du " remplissage ".

Quand on pense aux gratifications orales tellement importantes chez un malade psychotique, on ne s'étonne plus du caractère sadique que prennent pour lui les frustrations du règlement pénitentiaire.

3°) L'hygiène et les soins corporels:

L'hygiène et les soins corporels renvoient aux mêmes soucis caricaturaux de redressement dans la rentabilité. Quel bon citoyen se lave-t-il aujourd'hui à l'eau froide dans une salle froide ? Faut-il nettoyer sévèrement une peau pour " blanchir une âme " ?

Personne ne s'y trompe quand on se souvient du casier judiciaire à la sortie de prison. Que signifie d'autre la punition physique que la réunion active des instincts agressifs du groupe social ?

4°) Le travail:

Le travail fourni en prison par une industrie de la ville appelle des remarques : il consiste à plier une, deux ou trois fois des pochettes destinées à contenir des films. Le détenu est payé au carton qui contient des milliers de pochettes. La même entreprise fournit ce genre d'activités aux foyers pour débiles moyens de la région.

Sans parler de la rémunération dérisoire, la monotonie

de gestes mille fois répétés ne permet pas l'investissement du travail. L'invariabilité du programme quotidien en prison étouffe les désirs les plus légitimes : changer ses outils, les combiner pour obtenir un ouvrage complet, multidimensionnel qui offre en retour l'image d'une création vivante.

Or tout meurt dans la répétition, le manque de finalité, le maigre salaire qui s'épuise très vite dans l'achat de produits " compensatoires " : cigarettes, café, patisseries...

Un atelier existe dans la Maison d'Arrêt dont nous parlons, mais depuis plusieurs années on ne l'utilise plus pour des raisons de sécurité. L'administration pénitentiaire permet son usage sans modifications des structures. Qu'en résulte-t-il ? Soit le Chef d'Etablissement autorise la réouverture de l'atelier mais si un accident se produit, il en porte la responsabilité, soit il le maintient fermé et se débrouille pour favoriser d'autres activités. Le manque de crédit ne solutionne pas le problème car au fond, il apparait surtout le désintérêt qu'on manifeste vis à vis de l'homme détenu. L'intérêt qu'on pourrait lui porter ne se monnaie pas.

5°) <u>De quoi est composé officillement le personnel éducatif</u> :

D'un agent de probation et de deux délégués vacataires. Rattachés à la prison, ils s'occupent précisément des individus qui l'ont quittée. Comme le dit S. Buffard : " Il est bizarre que l'institution pénitentiaire reconnaisse la nécessité de cette transition alors qu'elle entérine le traumatisme initial de l'incarcération et qu'elle escamote la détérioration continue de la détention " (1).

Au total, nous croyons voir dans la prison le reflet très exact jusqu'à la minutie d'une société qui, non contente d'évacuer et d'isoler ses déviants, les punit et les agresse avec une perfection grandissante.

Plus on réclame de crédits pour les centres de détention, la justice, plus fort s'élèvent les voix pour la création d'hôpitaux. Dans le registre symbolique, la réparation a toujours lieu mais elle se déplace du corps délinquant au corps malade.

Dans un autre ordre d'idée, le même déplacement se produit quand la société veut traiter à partir de l'institution plutôt que l'inscrire dans un programme de traitement. S'il est vrai que certains individus doivent être écartés momentanément du groupe social, ne serait-il pas plus cohérent de conserver les liens affectifs, sociaux et professionnels afin de préparer un retour dans les meilleurs conditions ? La prison deviendrait un moyen plutôt qu'une fin.

Mais pour cela, l'opinion générale doit évoluer, se libérer des archétypes, des conditionnements dans lesquels elle s'enferme. Espère-t-elle voir prendre un sens pour les détenus les valeurs artificielles qu'elle a évacuées de son propre fonctionnement ?

De l'idée de famille, il ne reste que la légitimité du mariage et la procréation ; on tient alors plus compte dans certains aspects de l'application de la peine d'un individu marié et père de famille que d'un célibataire, de celui qui vit en concubinage, qui n'a pas d'enfants ou dont la paternité est douteuse.

Entre un homme sans domicile fixe et celui qui a un logement (on exige un certificat probant pour la libération conditionnelle) entre le " chômeur invétéré " et le travailleur (le certificat d'un employeur est également nécessaire pour la libération conditionnelle) la balance penche toujours dans le même sens.

Nous devrions même parler des catégories sociales dans la mesure où la population pénale est représentée pour plus des

trois quarts de gens pauvres. Faut-il penser que la pauvreté engendre la délinquance ou bien que la délinquance conduit à la pauvreté ?

2 - SE DONNER LES MOYENS DE TRAITEMENT.

Se donner les moyens de traiter veut dire prendre en charge collectivement les responsabilités, diversifier les méthodes de rééducation, coordonner de manière réelle et adéquate l'institution pénitentiaire et la société.

1°) Une prise en charge collective des responsabilités :

a) La prison doit être considérée comme un élément inclus dans l'ensemble des institutions du pays, et non plus cet objet-poubelle investi des craintes, des haines et de l'agressivité la plus déréelle de l'opinion publique.

b) Chaque citoyen doit se sentir responsable de la condamnation qu'il profère jusqu'à la plus extrême de ses applications : l'enfermement et les conséquences qui en résultent. La justice fait respecter une loi qui concerne tout le monde. Un homme responsable ne peut renier ses élus qui ont établi cette loi.

c) Sur le plan pénitentiaire, chacun doit assumer son rôle. Cela signifie ne pas faire agir à l'autre ses propres désirs, projeter dans l'exercice professionnel de l'autre son propre système de valeurs. Nous avons souligné la position conflictuelle occupée par le psychiatre, une sorte de point de rencontre de deux forces contraires, l'autorité d'un côté, les détenus de l'autre. Il ne peut résulter qu'une tentative d'utilisation du médecin d'un groupe contre le groupe adverse ; en somme une activité stérile et l'épuisement de tout espoir de dialogue.

2°) Une diversification des méthodes de rééducation :

a) Il n'existe pas d'éducation sans désir, or l'institution pénitentiaire actuelle tue le désir. Inciter quelqu'un à être

propre, ce n'est pas réprimer sa saleté. " Ventre creux n'a pas d'oreille " : pour être entendu, il faut le remplir d'autre chose que le vide symbolique des calories. Encourager le travail, c'est le valoriser dans la qualité de l'objet confectionné, un objet qui s'intègre dans un circuit commercial, et qui rapporte un gain satisfaisant. Encourager le travail, c'est aussi le récompenser par des activités de loisirs réelles. Les modestes Maisons d'Arrêt doivent se contenter de peu...

b) Tout traitement comporte aussi les soins du corps et de l'esprit. Si nous prenons l'exemple des psychothérapies de groupe, nous partageons l'opinion de S. Buffard qui leur accorde une valeur supérieure aux psychotérapies individuelles en milieu carcéral. Ces dernières constituent une espèce de régression et nous avons l'impression également qu'en nous utilisant, l'administration pénitentiaire nous désigne notre rôle en nous y enfermant :
" La généralisation des traitements individuels ne ferait pas progresser d'un pouce l'institution... Commodité pour l'administration, le dialogue singulier de la psychothérapie individuelle offrirait bientôt au clinicien le refuge douillet de sa pratique coutumière " S. Buffard (1).

Dans le même sens régressif, va, à notre avis, l'exclusion du détenu malade mental qui se retrouve dans un centre spécialisé pour y soigner à la fois son affection et accomplir sa peine.

c) Le personnel surveillant nous parait le parent pauvre de l'organisation pénitentiaire. Au bas de la hiérarchie, il supporte les tâches les plus ingrates mais aussi le poids de responsabilités qui ne lui incombent pas toujours. Sa promotion, sa qualification, son développement en effectif avancent au rythme des promesses de réforme.

Il s'agit pourtant de l'homme le plus proche du détenu et s'il veut considérer celui-ci comme un individu différent

d'un objet-sanctionné, une formation psychologique s'impose.

Le surveillant ne peut prendre goût à son travail que si les conditions de l'exercer lui paraissent satisfaisantes :

- Le salaire, la promotion sont un point.

- Un autre point nous semble important : être un agent de médiation, un lien entre le monde intérieur à la prison et la société.

3°) Une coordination réelle et adéquate de l'institution pénitentiaire avec la société :

a) En effet, l'alternative prison-probation ou prison-libération conditionnelle s'avère très insuffisante.
Dans la Maison d'Arrêt où nous travaillons, il existe un agent de probation et une assistante sociale pour plus de cent détenus. Cette dernière, absente pendant plusieurs mois, n'a jamais été remplacée. A ce niveau nous nous demandons si la carence n'est pas l'image de marque, le vrai visage répressif d'une institution qui a refermé ses portes sur sa misère.

b) Dans ces conditions, comment faire intégrer la Loi dans un esprit malade, ligoté dans un règlement, coupé de tous liens affectifs, sociaux, les seules garanties contre une rupture totale de la réalité ?

CONCLUSION

UNIVERSITE DE DIJON

THESE SOUTENUE PAR MONSIEUR GEORGES BIJEON

C O N C L U S I O N

-.-.-.-.-.-.-.-.-.-

Pénétrer dans une prison, c'est refaire l'histoire de l'humanité dans une chronologie à rebours.

Le milieu carcéral décrit dans sa matérialité et les règlements qui l'ordonnent (Chapitre I. Le milieu carcéral) reflète l'image de ce que l'intelligence peut mettre au service de ses instances les plus archaïques : exercer une toute-puissance grandissante dans la maîtrise, la domination du corps du détenu, ses besoins physiologiques, ses mouvements, son espace, mais également son esprit, sa relation au monde.

Les observations particulières de malades psychotiques dont nous relatons l'histoire (Chapitre II. Les observations) résultent d'un choix délibéré. Il ne suffit pas d'opposer deux forces, l'une qui réprime, l'autre qui se soumet, d'ailleurs passablement, pour condamner l'une et / ou l'autre. Il fallait encore dans un vécu quotidien interprété, retrouver un certain nombre d'identités ou d'adaptations de certains individus aux mécanismes structurels auxquels ils sont assujettis.

Ainsi, en prenant quelques points de repère dans le temps, l'espace, les activités journalières, mais aussi la part du délire, de la situation de jugement et d'emprisonnement, nous avons remarqué que :

- Le malade psychotique dénie sa culpabilité dans les faits mais, à la différence des autres détenus, son châtiment prend corps dans une néo-réalité délirante, persécutoire et meurtrière. Les phénomènes projectifs et introjectifs les plus divers peuvent s'exercer avec un minimum d'obstacles : tout concourt au morcellement de l'espace, du temps, à l'isolement de l'individu, le désinvestissement des activités, des

relations, la négation du désir.

- Le principal interlocuteur, le Surveillant, n'échappe pas au dilemne de ses inclinations humanitaires d'une part, des obligations que lui réclame l'institution d'autre part. Nous pensons que les conditions actuelles de son travail ne lui permettent que de perpétuer un système qui cherche plus à se protéger lui-même qu'à rééduquer ceux qu'il contient.

- Au confluent de deux extrêmes qui ne se rejoignent que pour s'affronter, le psychiatre fait le constat d'un bilan nul. Plus exactement, témoin des conflits, il ne peut que les entendre ; autrement dit, renvoyé continuellement à l'ambivalence de sa position, il ne conserve son identité qu'à ce prix.

Développer des critiques sur l'insupportable condition pénitentiaire des malades mentaux (Chapitre IV) représente pour nous la réactualisation d'une vieille démarche. Au temps où l'on mélangeait insensés, pauvres, vagabonds et correctionnaires à l'Hôpital Général, se posait déjà le problème de l'exclusion sociale.

S. Buffard a proposé des pistes pour une réforme des prisons. Nous prétendons par ce travail nous faire seulement l'écho d'une volonté : celle de rendre à la société ses déviants qu'elle punit à trop bon compte.

Le Président de la Thèse :
A. MARIN

UNIV DIJON Faculté de Médecine

VU et permis d'imprimer
Dijon, le
Le Doyen,